

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1907

THÈSE

N. 30

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 19 juin 1907, à 1 heure*

PAR

Georges ROBERT

De la Faculté de Médecine de Paris.  
Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

---

LA DÉLIVRANCE

DANS LA

PRÉSENTATION DU SIÈGE

---

*Président : M. SEGOND, professeur.*

*Juges : { MM. TERRIER et RECLUS, professeurs.  
GOSSET, agrégé.*

---

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

—  
1907



**THÈSE**

**POUR**

**LE DOCTORAT EN MÉDECINE**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41553027\\_0010](https://archive.org/details/IA41553027_0010)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

308

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 19 juin 1907, à 1 heure*

PAR

Georges ROBERT

De la Faculté de Médecine de Paris.  
Ancien interne des Hôpitaux de Besançon

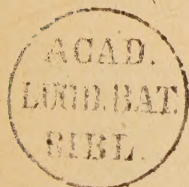
LA DÉLIVRANCE

DANS LA

PRÉSENTATION DU SIÈGE

*Président : M. SEGOND, professeur.*

*Juges : { MM. TERRIER et RECLUS, professeurs.  
GOSSET, agrégé.*



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26 Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

# FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

|                                                                        |           |           |                  |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|------------------|
| <b>Doyen . . . . .</b>                                                 |           |           | M. DEBOVE.       |
| <b>Professeurs . . . . .</b>                                           |           |           | MM.              |
| Anatomie. . . . .                                                      |           |           | N...             |
| Physiologie . . . . .                                                  |           |           | CH. RICHET       |
| Physique médicale. . . . .                                             |           |           | GARIEL.          |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                           |           |           | GAUTIER.         |
| Parasitologie. Histoire naturelle médicale . . . . .                   |           |           | BLANCHARD.       |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                         |           |           | BOUCHARD.        |
| Pathologie médicale . . . . .                                          |           |           | HUTINEL.         |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                      |           |           | BRISAUD.         |
| Anatomie pathologique . . . . .                                        |           |           | LANNELONGUE      |
| Histologie. . . . .                                                    |           |           | CORNIL.          |
| Operations et appareils . . . . .                                      |           |           | N....            |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                             |           |           | SEGOND           |
| Thérapeutique . . . . .                                                |           |           | POUCHET.         |
| Hygiène . . . . .                                                      |           |           | GILBERT          |
| Médecine légale. . . . .                                               |           |           | CHANTEMESSE.     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    |           |           | THOINOT.         |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          |           |           | DEJERINE.        |
|                                                                        |           |           | ROGER.           |
|                                                                        |           |           | HAYEM.           |
| Clinique médicale. . . . .                                             |           |           | DIEULAFOY.       |
|                                                                        |           |           | DEBOVE.          |
|                                                                        |           |           | LANDOUZY.        |
|                                                                        |           |           | GRANCHER.        |
| Maladies des enfants . . . . .                                         |           |           | JOFFROY.         |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. . . . . |           |           | GAUCHER.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               |           |           | RAYMOND.         |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      |           |           | LE DENTU.        |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         |           |           | TERRIER.         |
|                                                                        |           |           | BERGER.          |
|                                                                        |           |           | RECLUS.          |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      |           |           | DE LAPERSONNE    |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                     |           |           | ALBARRAN.        |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                     |           |           | N....            |
|                                                                        |           |           | PINARD.          |
| Clinique gynécologique . . . . .                                       |           |           | POZZI.           |
| Clinique chirurgicale infantile . . . . .                              |           |           | KIRMISSON.       |
| Clinique thérapeutique . . . . .                                       |           |           | A. ROBIN.        |
| <b>Agrégés en exercice.</b>                                            |           |           |                  |
| MM.                                                                    |           |           |                  |
| AUVRAY                                                                 | DUPRÉ     | LEPAGE    | RIEFFEL (chef    |
| BALTHAZARD                                                             | DUVAL     | MACAIGNE  | des trav. anal). |
| BRANCA                                                                 | FAURE     | MAILLARD  | TEISSIER         |
| BEZANÇON                                                               | GOSSET    | MARION    | THIROLOIX        |
| BRINDEAU                                                               | GOUGET    | MAUCLAIRE | VAQUEZ           |
| BROCA (ANDRÉ)                                                          | JEANSELME | MERY      | WALLICH          |
| CARNOT                                                                 | LABBE     | MORESTIN  |                  |
| CLAUDE                                                                 | LANGLOIS  | POTOCKI   |                  |
| CUNEO                                                                  | LAUNOIS   | PROUST    |                  |
| DEMELIN                                                                | LEGRY     | RENON     |                  |
| DESGREZ                                                                | LEGUEU    | RICHAUD   |                  |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage d'affection et de reconnaissance*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE BESANÇON  
ET DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ  
CHIRURGIEN DE LA SALPÊTRIÈRE  
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



## AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail qui marque le terme de nos études médicales, nous sommes heureux de remercier les maîtres qui nous ont prodigué leurs leçons et qui nous ont tous donné des marques de bienveillance au cours de notre vie d'étudiant.

Nos remerciements doivent s'adresser tout d'abord à nos premiers maîtres de l'École de médecine de Besançon qui ont su nous rendre attrayantes, dès le début, les différentes branches de la science médicale.

MM. les D<sup>rs</sup> CHAPOY et GAUDERON dans le service desquels, pendant notre internat, nous avons pu puiser de solides notions de clinique.

MM. les D<sup>rs</sup> PRIEUR, directeur de l'École, MANDEREAU, BAIGUE, ROLAND, HEITZ, HYENNE et LEDOUX, professeurs; nos amis MM. BRUNSCHWIG et SAINT-MARTIN, chefs de clinique.

A Paris, nous avons fait notre stage d'accouchements dans le service de M. BONNAIRE qui nous a donné notre sujet de thèse. Nous ne saurions trop le remercier pour

ses leçons de clinique et surtout pour ses causeries du matin, dans les salles de malades et dans la salle de travail. Ces causeries ont à jamais gravé dans notre esprit les principes de l'art de l'accouchement dont doit être pénétré tout praticien. Nous lui exprimons toute notre reconnaissance.

M. le professeur RAYMOND, chez qui nous avons fait notre stage de maladies nerveuses a droit à toute notre gratitude la plus profonde. Il s'est toujours montré d'une affabilité et d'une prévenance extrêmes pour nous et nous ne saurions trop le remercier de cette marque de sympathie et de ses leçons magistrales qui resteront à jamais gravées dans notre mémoire.

M. le professeur SEGOND occupe une place très importante dans nos études et nous nous faisons un devoir de le remercier d'une façon toute particulière du bienveillant accueil qu'il nous faisait dans son service et des excellents conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer. Ses leçons si vivantes et si captivantes, que nous suivions avec le plus vif plaisir, ne seront jamais oubliées et nous nous les rappellerons souvent parce que nous en rencontrerons chaque jour l'application dans la pratique.

Le grand honneur que ce cher maître nous fait en acceptant la présidence de notre thèse nous impose un devoir d'éternelle reconnaissance auquel nous ne faillirons jamais.

Avec M. le professeur KIRMISSON, MM. BROCA et COMBY nous avons pu étudier avec fruit les maladies spéciales de l'enfance.

M. le professeur agrégé THIROLOIX, M. le D<sup>r</sup> LERMOYEZ dont nous suivions les cliniques avec le plus grand profit, ont droit à notre profonde gratitude.

Nous adressons enfin nos plus vifs remerciements à M. le D<sup>r</sup> PORAK, accoucheur de la Maternité qui nous a fait un bon accueil dans son service.

## INTRODUCTION

Avant d'entrer dans l'exposé de notre travail, nous devons donner quelques explications :

Le sujet, nous a été inspiré par notre maître, M. Bonnaire, le lendemain d'une garde où nous avions assisté à un accouchement du siège et où nous avions remarqué une *dépression du placenta* à laquelle correspondait une déformation de la tête fœtale. D'un autre côté, notre maître nous avait fait remarquer que la délivrance dans l'accouchement du siège était plus rapide que dans celui du sommet et que souvent, dans le premier cas, le placenta *coiffait la tête* du fœtus. Donc, deux particularités à signaler : les dépressions placentaires et la rapidité plus grande avec laquelle se fait cette délivrance.

C'est précisément dans cet ordre d'idées que nous avons dirigé nos recherches et le but de notre travail sera de faire ressortir ces deux points principaux.

Pour montrer que cette délivrance est plus rapide nous avons pendant notre stage de trois mois, établi

une statistique des délivrances du sommet qui nous servira de comparaison.

Nous avons envisagé seulement la délivrance dans le cas de fœtus vivant à terme ou près du terme. Ainsi limité, nous excluons de notre travail, de parti pris, l'étude de la délivrance dans le cas de fœtus mort et macéré et d'avortement. En effet, dans le premier cas et quelle que soit la présentation la délivrance est presque toujours incomplète. Quant à ce qui concerne la délivrance dans l'avortement elle constitue encore une question très débattue pouvant servir de base à un travail complet.

Certes, nous ne voulons pas faire de la délivrance dans la présentation du siège une délivrance particulière, presque autonome, correspondant à des règles, à des lois spéciales et invariables. Non, l'étude de cette délivrance est la même que celle des autres délivrances mais elle présente les deux particularités que nous avons mentionnées plus haut et les exposer, voilà toute la prétention de ce travail entièrement personnel. En somme, cette thèse doit être une statistique, et qu'on nous pardonne de lui avoir fait revêtir cet aspect aride.

Nous n'insisterons pas sur la physiologie et le mécanisme du deuxième, du troisième et du quatrième temps de la délivrance, à savoir le passage du délivre dans le segment inférieur, dans la cavité vaginale et sa sortie qui se font exactement comme dans toute délivrance.

Nous ne nous occuperons pas du décollement du placenta normalement inséré avant le moment normal

de la délivrance. C'est une question bien limitée, bien nette et bien spéciale.

Nous sommes obligés d'insister sur le décollement du placenta parce que nous voyons que la présentation du siège en est une cause occasionnelle à la fin du travail.

Nous n'étudierons pas les différentes méthodes de délivrer une femme. Pour le siège, comme pour toute présentation, elles restent identiques ; ce sont celles qui sont pratiquées dans toutes les maternités : nous ne ferons que les mentionner :

Délivrance ou expulsion immédiate, spontanée. Délivrance naturelle, ou extraction simple : vaginale ou vagino-utérine.

Nous ne dirons que quelques mots de la délivrance pathologique à la fin.

La conduite à tenir sera évidemment une déduction logique des particularités que nous avons signalées.

Puis nous aborderons notre deuxième chapitre : des dépressions du placenta.

Pour que nos conclusions aient une réelle valeur nous avons consulté les observations si soigneusement prises dans le service de M. Bonnaire de novembre 1905 à mai 1907, à la maternité de Lariboisière, et dans le service de M. Porak à la maternité.

Nous avons réuni un total de soixante observations de délivrance dans la présentation du siège à la maternité de Lariboisière et soixante autres observations à la Maternité. Nous ne les avons pas prises au hasard

mais selon l'ordre suivant lequel elles se sont succédé dans les deux maternités.

Nous n'avons pas voulu, pour établir notre comparaison avec la délivrance dans la présentation du sommet, énumérer dans tous les détails les particularités propres à chaque observation dans cette nouvelle présentation. Nous les avons prises pendant notre stage et nous en avons réuni un nombre égal au double de celles du siège pour que notre comparaison ait, autant que possible, une plus équitable valeur.

## HISTORIQUE

Nous passerons rapidement sur l'historique de la question ; d'ailleurs, nulle part, nous n'avons trouvé qu'il existait des différences entre la délivrance dans la présentation du siège et les délivrances des autres présentations.

Nous n'insisterons pas sur les autres du temps d'Hippocrate, les efforts violents volontaires ou involontaires, tels que vomissements, secousses de toux, éternuements, fumigations de l'époque de Celse-Aetius, Paul d'Egine, Avicenne, Abulcasis, qui redoutaient déjà une rétention totale ou partielle du placenta ; ils voulaient l'éviter à tout prix par des tractions énergiques sur le cordon de la part de l'accoucheur et par des efforts d'expulsion de la part de la mère.

A. Paré, redoutant les conséquences de la rétention du placenta, recommandait de l'extraire aussitôt après la naissance de l'enfant, soit par des tractions sur le petit boyau, soit directement par l'introduction de la main dans la matrice.

Guillemeau donne les mêmes conseils.

Mauriceau recommande de faire la délivrance avant même de couper le cordon. Il conseille les tractions et de légères frictions sur la paroi abdominale. Il a décrit le premier la poulie de renvoi pour faciliter les tractions exercées sur le cordon et suivant les axes du canal génital. Mais il veut que l'accoucheur soit prudent dans ses manœuvres par crainte de rupture du cordon ou d'inversion de l'utérus.

Ruysch, tout à la découverte de son : *musculus contrusor placentæ*, abandonne à la nature le soin de délivrer la femme et repousse les manœuvres employées par ses contemporains. Il est un des premiers qui aient rejeté l'intervention à outrance pour adopter l'expectation.

Puzos combat toute intervention violente et recommande de ne jamais presser son extraction, tant qu'il n'y a rien qui oblige à la précipiter.

Levret indique les cas où il faut attendre et où il faut intervenir. Il insiste sur cette vérité qu'une règle fixe n'est pas applicable indistinctement à toutes les accouchées.

Deleurge, tout en reconnaissant que les *contractions de l'utérus* doivent produire l'expulsion du placenta, se montre partisan des tractions sur le cordon pour aider au décollement, et des frictions sur l'utérus.

Baudelocque, après avoir décrit le mécanisme du décollement du placenta, se montre partisan des tractions exercées sur le cordon pour achever la délivrance et précise la conduite que l'accoucheur doit tenir à ce moment.

C'est en 1848 que Mac Clintock et Hardy (*Practical observation. In midwifery*) furent les premiers à employer la méthode de délivrance par expression utérine.

En 1853, Crédé de Leipzig décrit les manœuvres à l'ensemble desquelles on a donné le nom de manœuvre de Crédé. Mais ce n'est pas lui qui a le premier employé la méthode. Il l'a seulement vulgarisée.

En 1885, M. Ribemont-Dessaigne a publié une remarquable étude sur la délivrance par traction et expression dans la présentation du siège.

Le professeur Pinard nous apprend que la méthode que nous emploierons le plus souvent dans la présentation du siège, sera l'*extraction vaginale* (1888. *Journal des sages-femmes*).

#### CONDUITE A TENIR PENDANT LA DÉLIVRANCE

##### Durée de la délivrance

D'après nos observations nous voyons que la délivrance spontanée, immédiate, se rencontre dans la proportion suivante :

Sur 60 délivrances dans la présentation du siège à la maternité de Lariboisière, elle a eu lieu 5 fois, soit une moyenne de  $\frac{1}{12}$  et à la maternité 8 fois, soit une moyenne de  $\frac{1}{7}$  à  $\frac{1}{8}$ .

La durée suivant laquelle se présentent les autres délivrances, spontanées ou naturelles, est variable mais on voit que le plus grand nombre a lieu dans les quinze premières minutes qui suivent la sortie du fœtus, à savoir :

*Maternité de Lariboisière (service de M. BONNAIRE).*

|                                              |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| Délivrances spontanées immédiates . . .      | 5 observ. |
| D. ayant lieu 5' après la sortie du fœtus. . | 15 —      |
| — 10' — . .                                  | 12 —      |
| — 15' — . .                                  | 9 —       |

*Les autres délivrances s'échelonnent ainsi :*

|                                               |           |
|-----------------------------------------------|-----------|
| D. ayant lieu 20' après la sortie du fœtus. . | 5 observ. |
| — 25' 30' — . .                               | 7 —       |
| 40' 45' 50', 1 heure et plus . .              | 7 —       |
|                                               | <hr/> 60  |

*Maternité (service de M. PORAK).*

|                                        |            |
|----------------------------------------|------------|
| Délivrances spontanées immédiates. . . | 8 observ.  |
| 5' après la sortie du fœtus. . . . .   | 13 —       |
| 10' — . . . . .                        | 9 —        |
| 15' — . . . . .                        | 10 —       |
| 20' 25' — . . . . .                    | 4 —        |
| 25' 30' — . . . . .                    | 12 —       |
| 40' 45' 50' et plus . . . . .          | 4 —        |
|                                        | <hr/> 60 — |

Soit, au bout du premier quart d'heure, une proportion de 41/60 à la maternité de Lariboisière et de 40/60 à la maternité.

Pour la délivrance dans la présentation du sommet nous trouvons sur 120 observations prises pendant notre stage et presque toutes personnelles, les chiffres suivants :

*Maternité de Lariboisière (service de M. BONNAIRE).*

Décembre, janvier 1905-1906.

|                                       |   |   |   |   |           |
|---------------------------------------|---|---|---|---|-----------|
| Délivrances spontanées immédiates     | . | . | . | . | 0         |
| Cinq minutes après la sortie du fœtus | . | . | . | . | 9         |
| Dix minutes                           | — | . | . | . | 18        |
| Quinze minutes                        | — | . | . | . | 18        |
| Vingt minutes                         | — | . | . | . | 17        |
| Vingt-cinq minutes                    | — | . | . | . | 9         |
| Trente minutes                        | — | . | . | . | 23        |
| Trente-cinq minutes                   | — | . | . | . | 9         |
| Quarante minutes                      | — | . | . | . | 3         |
| Quarante-cinq minutes                 | — | . | . | . | 9         |
| Cinquante minutes                     | — | . | . | . | 1         |
| Une heure                             | — | . | . | . | 4         |
|                                       |   |   |   |   | <hr/> 120 |

Soit une moyenne de 35/120 au bout de quinze minutes et une moyenne de 85/120 après le premier quart d'heure. Et soit la proportion de 18/60 au lieu de 40/60 dans la présentation du siège pendant le premier quart d'heure et 42/60 au lieu de 20/60 dans la présentation du siège après le premier quart d'heure.

En chiffres ronds, tandis que sur trois délivrances dans la présentation du siège, deux se font pendant le premier quart d'heure et une après, dans la présentation du sommet il n'y en a qu'une avant et deux après.

De plus il n'y a pas ou très rarement de délivrances

spontanées immédiates dans la présentation du sommet et comme nos observations le montreront c'est la délivrance naturelle vaginale qui a été faite le plus souvent par le siège.

D'après Bouchacourt, il serait rare que la délivrance suivît, sans intervalle de repos, le dernier temps de l'accouchement proprement dit, c'est-à-dire l'expulsion complète du fœtus. Cela s'observe tantôt dans un accouchement très rapide si la femme a été pour ainsi dire surmenée et tantôt aussi, dans certains accouchements dont la marche très lente au début, s'accélère d'une façon rapide et presque inquiétante. Ces délivrances-là ont effrayé les accoucheurs et leur ont fait craindre, plutôt avec juste raison, soit une inversion utérine, soit une des hémorragies post-partum soudaines et graves, occasionnées par une inertie complète de l'utérus.

Or, ces délivrances immédiates, considérées comme pathologiques et graves, se rencontrent, comme notre statistique le montre assez fréquemment dans la présentation du siège et n'impliquent pas ici, la gravité qu'on leur donne dans les autres présentations. Elles ne sont donc pas un signal d'alarme parce qu'elles sont très rarement la cause importante des accidents précédents pour la mère et de mort du fœtus.

Nous n'avons pas trouvé une seule de ces complications. D'après la plupart des auteurs, on regarde, quoiqu'on ne puisse assigner d'époque fixe pour la délivrance, celle de quinze à vingt minutes comme la plus fréquente.

Paul Dubois avait chargé Depaul de faire des expériences destinées à éclairer la durée du temps nécessaire

et le résultat des efforts naturels pour l'expulsion du délivre et voici ce qu'il recueillit de ces observations.

Chez quelques femmes le placenta fut expulsé en 10' 15' 20', mais ce fut l'exception. Le plus souvent il l'est 1/2 heure, 3/4 heure, 1 heure et même 2 heures après :

Nous allons montrer que la délivrance, dans la présentation du siège, se présente comme une exception à cette règle.

Murray, dans sa thèse sur la durée de la délivrance, en arrive aux conclusions suivantes :

Les multipares offrent une durée de délivrance de beaucoup plus courte que les primipares.

C'est chez les multipares que, pendant la première heure qui suit la sortie du fœtus, le placenta se décolle plus facilement.

Mais, après ce temps, les primipares qui, jusqu'ici, avaient offert des cas de délivrance de courte durée bien moins nombreux que les multipares, offrent, au contraire, des exemples de délivrance à longue durée bien plus fréquents.

Sans vouloir attacher une grande importance à cette théorie, nous admettons toutefois que la délivrance est plus brève chez les primipares que chez les multipares, mais dans la présentation du siège ce n'est pas là la vraie cause ?

L'âge de la mère, la parité, le terme, la position, la durée totale du travail, le poids du placenta, le poids de l'enfant, sont également, comme la statistique le prouve, des facteurs qui ne doivent pas entrer en ligne de compte.

Quelle est donc cette cause ? Il faut la rechercher dans le travail, dans la contraction utérine.

Nous ne voulons pas étudier en détails l'étude du mécanisme, du décollement et du glissement du placenta. Ils n'ont rien de particulier dans la présentation du siège. Ils s'effectuent exactement de la même façon que dans les autres présentations ; nous n'avons pas trouvé que l'insertion du placenta fût une cause en faveur de la rapidité de la délivrance. Le seul point intéressant à noter serait de savoir si, l'insertion du placenta sur le segment inférieur, cause de présentation du siège, est une cause en faveur du décollement rapide.

Or la mensuration des membranes ne nous a pas fourni de preuve en faveur de cette hypothèse.

### **A quel moment commence le décollement du placenta ?**

Pour Devilliers, les liens qui unissent le placenta et les membranes à l'utérus commencent à se rompre pendant les dernières douleurs de l'accouchement et surtout au moment où le fœtus franchit la vulve.

Jacquemier a montré que ce n'est qu'au moment de l'expulsion du fœtus ou plutôt au moment où cette expulsion est sur le point d'être achevée que commence le décollement.

Est-ce à tort qu'on a cru que cette séparation commence avec les premières contractions de la matrice ou tout au moins après la rupture des membranes ? Un

fait qui semblerait le prouver c'est l'absence de tout écoulement sanguin un peu notable tant que le fœtus n'est pas expulsé.

Mais nous savons que, dans le siège, lorsque nous avons affaire surtout à une délivrance spontanée, il peut s'écouler du sang si le placenta se présente à la sortie par son bord. Il est vrai qu'il ne faut pas prendre pour écoulement sanguin venant de l'utérus, les suintements sanguinolents qui apparaissent souvent à cette époque du travail et qui s'expliquent par le décollement des membranes voisines ou par des éraillures plus ou moins profondes que la dilatation progressive produit du côté de l'orifice. D'autres fois la perte est utérine ; il n'y a aucun écoulement et pourtant la délivrance coiffe la tête du fœtus.

Baudelocque admet que le décollement du placenta commence pendant le travail.

Fehling admet que le placenta est complètement décollé au moment où l'enfant est expulsé et qu'il est dû aux tractions du cordon par la descente de l'enfant. Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur cette théorie qui n'a de vrai, comme l'a montré Ahlfeld, que dans les cas de brièveté du cordon (nous en avons trouvé une observation).

On a cru aussi que le décollement du placenta se faisait tout à fait à la fin de la période d'expulsion, au moment où le siège de l'enfant était chassé de la cavité utérine par les dernières douleurs d'expulsion. Il est vrai qu'on a opposé à cette théorie que le décollement était incompatible avec la vie de l'enfant et qu'il ne se

faisait pendant le travail que dans les cas pathologiques.

Il est pourtant bien évident que le placenta se décolle pendant le travail quand il coiffe la tête du fœtus et qu'il est expulsé en même temps que celui-ci, mais peut-on dire pour autant que ce soit là une délivrance pathologique? Nous ne le croyons pas puisque ce mode se rencontre assez fréquemment dans la présentation du siège. Il faut donc admettre que le décollement du placenta s'opère quelquefois pendant la fin du travail et au moment où la tête du fœtus va être *expulsée*.

Et puis, si tant d'auteurs ne sont pas d'accord sur la moment où s'opère le décollement, première phase de la délivrance, ne peut-on pas faire entrer un facteur qui, en clinique obstétricale, joue un rôle important : chaque femme a un utérus particulier et chaque délivrance a, pour ainsi dire, sa physionomie particulière.

#### Du décollement du placenta.

Quelle est donc la cause de ce décollement placentaire?

La plupart des classiques, et, en particulier, MM. Ribemont-Dessaigne et Lepage, soutiennent que le décollement du placenta et des membranes est plutôt dû à la rétraction de l'utérus qu'à la contraction. « Elasticité, rétractilité et contractilité des éléments musculaires de l'utérus répartis inégalement à la surface », voilà pour eux, ce qui *produit le décollement*. Et s'il y a des diversités si fréquentes observées en clinique, cela tient à ce que chaque femme possède une force « *élastique, rétractile et contractile* différente ».

Nous sommes donc en présence des deux agents du décollement : *rétraction* et *contraction*.

On a voulu faire jouer un rôle à l'hématome rétro-placentaire. Il nous paraît plus logique de croire que cet hématome est plutôt le résultat que la cause.

Examinons donc l'utérus pendant la délivrance dans l'accouchement du siège, et essayons de fournir l'explication de cette délivrance.

Dans les cas où nous observons des délivrances immédiates, l'utérus se contracte sur la tête dernière. Ces contractions ont pour effet de l'expulser, mais, comme il porte à faux, il est facile de comprendre que cet effort a aussi pour effet de commencer le décollement du placenta. Tant que la tête dernière reste dans l'utérus, celui-ci ne se rétracte pas : il ne se repose pas. Du moins c'est ce que nous avons observé dans plusieurs accouchements du siège à Lariboisière suivis de délivrance immédiate.

Par conséquent il semble que la contraction utérine seule soit ici la cause du décollement placentaire, surtout quand cette contraction est très vigoureuse, puissante, énergique.

Après la sortie de l'enfant, l'utérus va se rétracter. Et c'est la rétraction qui va préparer le décollement du placenta en disloquant l'adhérence au niveau des couches profondes de la caduque. Mais la véritable force qui va opérer ce décollement c'est encore la contraction utérine, laquelle suspendue pendant un temps variable après l'expulsion du fœtus (période d'inertie physiologique), réapparaît et rompt les liens placentai-

res. Le placenta se décolle donc seulement hors de la réapparition des contractions utérines qu'on désigne sous le nom d'arrière-douleurs. C'est la délivrance naturelle normale.

Ruysch n'avait-il pas pressenti l'importance de la contraction utérine dans le décollement du placenta quand il décrivait dans l'utérus, au niveau de son fond, un muscle spécial (*detrusor placentaë*) chargé de cette fonction? C'est au moment de la période d'expulsion physiologique que cette fonction s'opère et ces nouvelles contractions, ces arrière-douleurs seraient l'agent du premier temps de la délivrance.

Ceci est évidemment vrai pour la délivrance naturelle, dans le siège comme dans le sommet. C'est ainsi que la plupart du temps les choses se passeront. Mais dans les délivrances immédiates cette période d'inertie physiologique paraît bien ne pas exister. Il y a peut-être bien certains cas où l'utérus, fatigué, se contracte à intervalles plus longs et plus irréguliers, afin d'expulser la tête dernière. Il y a peut-être bien une période d'inertie physiologique qui nous échappe et que nous confondons peut-être avec les contractions du travail de l'expulsion. Et peut-être sommes-nous un peu hardis en pensant que les contractions utérines, les contractions du travail d'expulsion de la tête dernière, sont la seule cause du décollement du placenta. Mais nous n'avons jamais observé de rétraction de l'utérus, c'est pour cela que la contraction utérine seule nous paraît être la véritable cause.

Aussi il nous semble qu'on puisse dire que, dans les

délivrances spontanées immédiates que l'on rencontre dans la présentation du siège, le premier travail de la délivrance, commence pendant l'accouchement, surtout à la fin de la période d'expulsion, et qu'il s'achève avec lui sans le moindre retard. Et cela, parce que la contraction utérine doit donner lieu à une véritable expression qui, très certainement, chasse le sang des vaisseaux utéro-placentaires et le refoule vers les surfaces intimement contiguës aux deux organes. Le placenta décollé partiellement l'est peu à peu sur une surface plus étendue qui, gagnant toute sa circonférence, finit par les membranes, lesquelles déjà ont commencé à se détacher ou à s'isoler vers le col et le segment inférieur dès le début du travail.

La façon dont s'opère le décollement, soit par son centre (Baudelocque), soit par sa périphérie (Duncan) n'est pas une cause de rapidité parce que ces deux modes se rencontrent alternativement. Et d'ailleurs il nous semble que l'hématome rétro-placentaire, soit plutôt une conséquence du décollement que la cause.

Le siège de l'insertion du placenta a une influence prépondérante sur le mécanisme de sa migration, mais pas sur son décollement. Il est prouvé que plus le placenta était inséré haut et plus son bord inférieur était éloigné de l'orifice même et plus le mécanisme de Baudelocque était fréquent.

Le décollement des membranes s'opère de la même façon que dans le sommet.

Un point nous a paru cependant important à signaler. Le placenta, inséré sur le segment inférieur, ne

peut-il être décollé par la tête dernière à qui on fait exécuter ses mouvements de rotation et de flexion intra-pelviennes ? Cette cause nous paraît vraisemblable ; elle peut certainement achever le décollement déjà commencé par les contractions, mais il ne nous semble pas qu'elle puisse le produire entièrement. Nous avons dirigé nos recherches pour approfondir cette question, mais nous n'avons trouvé que des renseignements peu probants.

Néret, qui a observé tous les cas d'accouchements par le siège à la clinique Baudelocque du 12 décembre 1889 au 29 décembre 1898, rapporte seulement trois observations de ce genre, trois cas en neuf ans. Il semble donc que cette cause ne soit pas impossible, mais ne soit qu'une rare cause adjuvante. Et puis ce que la tête dernière peut faire dans la présentation du siège n'est-il pas évidemment semblable à ce que peut faire le siège dans la présentation du sommet ?

Nous n'insisterons pas non plus sur la délivrance dans la grossesse gémellaire parce que, bien que le plus souvent l'un des fœtus se présente par le siège, elle est influencée par divers éléments qui sont : surdistension pendant la grossesse, volume du délivre, unicité ou multiplicité des masses placentaires.

La surdistension utérine favorise l'inertie. De ce fait la période d'inertie physiologique peut se prolonger et atteindre trente minutes ou même une heure. Le décollement du délivre est même plus lent. La faiblesse des contractions expose davantage aux hémorragies, d'au-

tant plus redoutables que la surface d'insertion placentaire est plus étendue.

L'excès de volume du placenta, dont le poids peut atteindre 900 ou 1000 grammes, gêne sa migration. Si l'expulsion hors du corps utérin est le plus souvent facile, l'arrêt du délivre sur le plancher pelvien est plus prolongé que normalement.

Les œufs gémellaires peuvent avoir un placenta unique ou au contraire deux masses placentaires isolées. Ordinairement l'accouchement gémellaire comprend l'expulsion successive des deux jumeaux, et la délivrance constitue un temps unique. Cette règle est absolue dans le cas de placenta fusionnés.

#### **Conduite à tenir.**

La conduite à tenir, pour délivrer une femme dans la présentation du siège, est évidemment la même que dans toute autre présentation.

Dubois, Pajot, Tarnier ne cessaient de répéter que, dans l'accouchement, ils ne sont perplexes que pendant le temps de la délivrance.

Ribemont-Dessaigne nous dit aussi que la délivrance est quelquefois une « période fertile en incidents et en accidents qui demandent de la part de l'accoucheur du sang froid et une connaissance approfondie des phénomènes physiologiques qui se succèdent et des complications qui peuvent survenir. »

Or, il est de toute nécessité de bien connaître la pathologie de la délivrance, parce qu'aucune présenta-

tion n'est exempte de ses ennuis. La présentation du siège ne lui apporte aucune cause nouvelle de gravité ; mais elle en revêt toutes les formes simples ou graves et les étudier ici serait entrer dans un chapitre spécial : « La pathologie de la délivrance » qui n'a pas sa place ici puisqu'il s'adresse à toutes les délivrances de toutes les présentations

Nous avons vu que la délivrance dans la présentation du siège est plus rapide que celles des autres présentations. Ceci semble être en faveur d'un pronostic moins sévère. Au moins a-t-on le droit d'espérer soulager rapidement la mère qu'un travail long a fatiguée, découragée, quelquefois même désespérée et qui s'effraie à la pensée d'avoir à souffrir encore pour être délivrée.

L'écoulement sanguin pendant l'accouchement, soit, au moment du dégagement du tronc, soit au moment où on pratique le Mauriceau, pourra nous faire prévoir une délivrance immédiate. Mais comme nous l'avons vu cet écoulement peut provenir d'une déchirure du canal génital et implique la nécessité que le placenta se présente par le bord. Et, souvent, nous serons surpris en recevant le délivre en même temps que la tête parce que nous n'aurons pas vu d'écoulement. Cela tient simplement à ce que le sang, collecté derrière le placenta qui présente sa face fœtale à la vulve, forme une masse liquide emprisonnée par les membranes.

Cette délivrance spontanée immédiate, propre en quelque sorte à la présentation du siège, est-elle d'un pronostic sombre ? Nous le croyons pas. Seulement notre devoir, dans ces cas, est de nous hâter de couper

le cordon, de faire la ligature du bout ombilical, de ranimer rapidement l'enfant qui, en plus des souffrances qu'il a éprouvées pendant le long travail de l'accouchement peut avoir souffert encore de l'arrêt de la circulation et s'asphyxier.

Si la délivrance n'est pas immédiate, ce qui est arrivé le plus souvent, notre conduite est celle de tout accoucheur en présence d'une délivrance normale dans n'importe quelle présentation.

Nous ne ferons qu'énumérer les préceptes du professeur Pinard à ce sujet :

Porter la main, aussitôt après la sortie de l'enfant, au niveau du fond de l'utérus qui, pendant le travail, était à l'épigastre et maintenant est au niveau de l'ombilic, tantôt un peu au-dessus, tantôt au-dessous, 1 ou 2 centimètres d'après Pinard.

Faire vider la vessie qui souvent est une cause d'erreur.

Surveiller toujours l'état du poulx.

La durée de la période de délivrance sera variable. Pinard donne comme moyenne quinze à vingt minutes après la sortie du fœtus dans le siège.

Au moment où réapparaissent les arrière-douleurs, il y a réascension de l'organe. Le segment inférieur qui s'était plissé tout à l'heure pendant la régression de l'utérus se déplisse. Et suivant que nous aurons une délivrance rapide ou lente nous aurons une ascension progressive ou lente. Pinard a donné une moyenne de 4 à 5 centimètres. Schrøder 5 à 6. Il y a un facteur qui accentue le mouvement ascensionnel de l'utérus : la

présentation de la face fœtale du placenta parce que le sang, épanché dans la coupe placentaire, augmente le volume du délivre.

Quand le placenta aura émigré du segment inférieur dans le vagin, nouveau mouvement de descente parce que le segment inférieur s'affaisse.

Le palper va donc nous fournir des données précises sur les temps de la délivrance.

Nous mentionnerons, à titre de mémoire seulement, qu'on a essayé d'activer la délivrance, car les accoucheurs se sont toujours préoccupés de la rendre rapide et facile. On s'est demandé si, pour cela, il y avait avantage à lier le cordon du côté du placenta. M. Budin, alors interne de Tarnier, a fait des expériences à ce sujet. Mais M. Pinard n'a jamais observé que le décollement fût plus rapide lorsque le placenta était plein et les vaisseaux gorgés de sang que lorsqu'ils étaient vides. D'ailleurs le placenta vide chemine plus facilement vers l'extérieur. Donc il n'y a aucune action à tenter pour la rapidité de la délivrance. Il y a, au contraire, avantage à pratiquer la ligature tardive.

Le point important à connaître est de savoir à quel moment il faut faire la délivrance.

La plupart du temps, dans la présentation du siège, nous constaterons que le délivre est dans le vagin par le palper qui nous renseignera sur l'état de rétraction de l'utérus, sur la présence du globe de sûreté, sur la réapparition des contractions, sur l'apparition des arrière-douleurs, sur la migration du placenta dans le segment inférieur (ascension du fond de l'utérus) et sur

sa descente dans le vagin (descente du fond de l'utérus après ascension, renseignements fournis aussi par la mensuration de la hauteur de l'utérus); par le signe d'Ahlfeld (signe fourni par l'examen du cordon); par le toucher vaginal dont il faudra s'abstenir autant que possible pour éviter toute cause d'infection; surtout par la manœuvre suivante : si le placenta a complètement quitté sa cavité, il ne participe plus à ce mouvement d'ascension qu'on imprime à l'utérus en le relevant par la pression de la main au niveau du segment inférieur, et le cordon ne rentre pas dans les organes génitaux.

Alors nous interviendrons à ce moment :

1° Parce qu'on peut faire la toilette de la femme dès que le placenta est expulsé;

2° Parce que le sang, s'accumulant derrière le placenta, peut pénétrer dans l'utérus, le distendre et déterminer une hémorragie;

3° Parce que la présence du placenta dans le vagin est une cause de rétention d'urine;

4° Parce que la femme est beaucoup plus tranquille quand elle est entièrement débarrassée.

Nous ferons la délivrance vaginale. C'est celle que nous aurons le plus souvent à faire dans la présentation du siège, et c'est dans le premier quart d'heure qu'elle offre son maximum de fréquence, comme nos observations le prouvent.

Nous ne décrirons pas en détail cette méthode de l'expression combinée à une légère traction, qui est employée dans toutes les maternités.

Si le délivre reste dans le segment inférieur on fera

la délivrance mixte : tractions et expressions combinées.

Dans les deux cas, le placenta étant bien soutenu, à pleine main, on laisse les membranes sortir lentement, comme si elles étaient bavées par la vulve.

Si elles ne viennent pas on exerce de légères tractions sur le placenta auquel on peut faire exécuter sur place une dizaine de mouvements de rotation dans le but d'augmenter surtout la solidité du faisceau membraneux, puis sur les membranes elles-mêmes, en les saisissant le plus haut possible dans le vagin, entre les doigts, en engageant la femme à pousser très légèrement. Il faut penser souvent que l'antéversion utérine est une cause de leur rétention, et il est bon de la redresser à travers la paroi abdominale.

Ce sont ces méthodes qui ont été employées dans les deux maternités où nous avons recueilli nos observations, parce que le principe de la délivrance naturelle qui est : l'abstention, l'abstention tant que le placenta n'est pas engagé dans le vagin y est rigoureusement observé.

Nous tenons à déclarer que la délivrance spontanée immédiate est évidemment moins désirable que la délivrance naturelle parce que les contractions brusques et violentes qui déterminent l'issue rapide du placenta alors que les membranes sont partiellement adhérentes à la paroi peuvent donner souvent lieu à leur déchirure ou à leur rétention partielle et même complète (placenta découronné).

A) DÉLIVRANCES SPONTANÉES IMMÉDIATES. — *Le placenta coiffe la tête du fœtus* (Nov. 1905 - Mai 1907).

| Année | N° d'ordre | N° d'inscription | Age | Parité | Bassin | Terme    | Présentation                                    | Durée totale du travail | Poids placenta, grammes | Poids enfant, grammes | OBSERVATIONS                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------|------------|------------------|-----|--------|--------|----------|-------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1906  | 1          | 106              | 27  | II     | Normal | 9 m.     | Siège décomplété<br>Mode des fesses<br>en G. T. | 30 h. 45                | 650                     | 4.000                 | Délivrance spontanée immédiate. Le placenta sort aussitôt après la tête de l'enfant. L'enfant meurt pendant l'extraction. Mauriceau. Membr. compl.                                                                                               |
|       | 2          | 234              | 24  | I      | N.     | 8 m. 1/2 | Siège décomplété<br>Mode des fesses<br>G. T.    | 3 h. 10                 | 390                     | 2.550                 | Délivrance spontanée immédiate. Le placenta sort aussitôt après la tête de l'enfant. Mauriceau facile. Enfant ramené rapidement. Membr. compl.                                                                                                   |
|       | 3          | 316              | 37  | V      | N.     | 7 m.     | Siège complet<br>D. P.                          | 8 h.                    | 450                     | 1.700                 | Délivrance spontanée immédiate. Membr. compl.                                                                                                                                                                                                    |
|       | 4          | 1.578            | 24  | III    | N.     | 9 m.     | Siège complet<br>mobile en G. T.                | ?                       | 670                     | 2.600                 | Placenta praevia partiel. État grave en ville. Sérum artificiel, 1.000 gr. Caféine. Ether. Abaissement d'un pied. Tractions et expressions. Mauriceau facile. Délivrance spontanée immédiate. Le placenta coiffe la tête du fœtus. Membr. compl. |
| 1907  | 5          | 151              | 36  | V      | N.     | 8 m. 1/2 | Siège décomplété<br>M. des fesses G. T.         | 10 h. 15                | 475                     | 2.250                 | Déliv. immédiate. Le placenta coiffe la tête du fœtus. Membr. compl.                                                                                                                                                                             |

B) DÉLIVRANCES NATURELLES. — *5' après l'expulsion du fœtus.*

|      |   |       |    |     |    |      |                         |         |     |       |                                                                                                                                                       |
|------|---|-------|----|-----|----|------|-------------------------|---------|-----|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1905 | 6 | 1.378 | 39 | III | N. | 9 m. | Siège complet.<br>D. P. | 8 h. 45 | 460 | 2.480 | Délivrance naturelle. 5' après l'expulsion du fœtus, le placenta est dans le vagin. Extrait par la méthode mixte. Légère asymétrie de la tête fœtale. |
|------|---|-------|----|-----|----|------|-------------------------|---------|-----|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|      |    |       |    |     |         |          |                                              |          |     |       |                                                                                                                     |
|------|----|-------|----|-----|---------|----------|----------------------------------------------|----------|-----|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1906 | 7  | 5     | 31 | III | N.      | 9 m.     | Siège complet<br>G. T.                       | 7 h.     | 580 | 3.630 | <i>Idem.</i><br>Pas d'asymétrie de la tête fœtale.                                                                  |
|      | 8  | ?     | 28 | II  | N.      | 8 m. 1/2 | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. T. | 6 h. 40  | 570 | 3.000 | <i>Id.</i>                                                                                                          |
|      | 9  | 233   | 25 | I   | Pr. ac. | 7 m. 3/4 | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 23 h. 45 | 400 | 2.230 | <i>Id.</i>                                                                                                          |
|      | 10 | 608   | 26 | I   | N.      | 8 m.     | Siège décompleté<br>G. A.                    | 16 h. 15 | 450 | 2.700 | Délivrance spontanée, 3' après l'accouchement; expulsion du placenta.                                               |
|      | 11 | 797   | 21 | II  | N.      | 9 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. T. | 8 h. 35  | 660 | 3.100 | 5' après le placenta est dans le vagin.<br>Extrait par la méthode mixte.                                            |
|      | 12 | 947   | 33 | VI  | N.      | 7 m.     | Siège complet<br>D. T.                       | 21 h. 45 | 750 | 2.250 | <i>Id.</i>                                                                                                          |
|      | 13 | 1.267 | 42 | IX  | N.      | 9 m.     | Siège complet<br>G. A.                       | 8 h.     | 350 | 2.880 | <i>Id.</i>                                                                                                          |
|      | 14 | 1.322 | 31 | III | N.      | 7 m. 1/2 | Siège complet<br>D. P.                       | 13 h.    | 370 | 1.980 | <i>Id.</i>                                                                                                          |
|      | 15 | 1.456 | 23 | I   | N.      | 7 m. 1/2 | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>D. A. | 5 h. 40  | 370 | 2.050 | <i>Id.</i><br>Aplatissement de la tête fœtale.                                                                      |
| 1907 | 16 | 14    | ?  | I   | N.      | 9 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 18 h. 35 | 600 | 3.580 | Délivrance naturelle vaginale. Méthode mixte; le délivre reposant dans le vagin. Pas d'asymétrie de la tête fœtale. |
|      | 17 | 79    | 21 | II  | N.      | 7 m. ?   | Siège complet<br>G. A.                       | 3 h. 45  | 820 | 1.720 | <i>Id.</i>                                                                                                          |
|      | 18 | 135   | 22 | III | N.      | 9 m.     | Siège complet<br>G. A.                       | 14 h. 10 | 670 | 3.370 | <i>Id.</i>                                                                                                          |

**Maternité de Lariboisière (Service de M. BONNAIRE) (suite).**

**B) DÉLIVRANCES NATURELLES. — 5' minutes après l'expulsion du fœtus (suite).**

| Année | N° d'ordre | N° d'inscription | Parité | Bassin | Terme    | Présentation                                 | Durée totale du travail | Poids total du placenta<br>grammes | Poids enfant<br>grammes | OBSERVATIONS                                                                                                        |
|-------|------------|------------------|--------|--------|----------|----------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1907  | 19         | 156              | I      | Normal | 9 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 17 h. 25                | 450                                | 3,840                   | Délivrance naturelle vaginale. Méthode mixte; le délivre reposant dans le vagin. Pas d'asymétrie de la tête fœtale. |
|       | 20         | 374              | III    | N.     | 8 m. 1/2 | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. T. | 15 h.                   | 500                                | 3,400                   | <i>Id.</i>                                                                                                          |

**C) DÉLIVRANCES NATURELLES. — 10' après l'expulsion du fœtus.**

|      |    |       |     |    |      |                                              |         |     |       |                                                                                    |
|------|----|-------|-----|----|------|----------------------------------------------|---------|-----|-------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 1905 | 21 | 1,491 | I   | N. | 9 m. | Siège complet<br>D. A.                       | 8 h. 10 | »   | »     | Voir l'observation dans le chapitre II, n° IX.                                     |
| 1906 | 22 | 294   | VI  | N. | 9 m. | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. T. | 3 h. 10 | 390 | 2,550 | Au bout de 10' le placenta est dans le vagin. Délivrance naturelle, méthode mixte. |
|      | 23 | 596   | III | N. | 9 m. | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>D. T. | 5 h. 50 | 600 | 3,200 | <i>Id.</i>                                                                         |
|      | 24 | 823   | III | N. | 9 m. | Siège complet<br>G. A.                       | 5 h. 30 | 390 | 2,850 | <i>Id.</i>                                                                         |
|      | 25 | 909   | III | N. | 9 m. | Siège complet<br>G. A.                       | 16 h.   | 650 | 3,570 | <i>Id.</i>                                                                         |
|      | 26 | 1,045 | III | N. | 9 m. | Siège complet<br>G. A.                       | 22 h.   | 560 | 2,660 | <i>Id.</i>                                                                         |

|      |    |       |    |     |    |          |                                              |         |     |       |                                                                                    |
|------|----|-------|----|-----|----|----------|----------------------------------------------|---------|-----|-------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 1906 | 27 | 1.046 | 25 | I   | N. | 7 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>D. T. | 8 h. 30 | 450 | 1.940 | <i>Id.</i> Enfant débile.                                                          |
|      | 28 | 1.092 | 35 | IV  | N. | 9 m.     | Siège complet<br>G. A.                       | 4 h.    | 520 | 3.250 | Au bout de 10' le placenta est dans le vagin. Délivrance naturelle, méthode mixte. |
|      | 29 | 1.433 | 21 | I   | N. | 8 m. 1/2 | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 4 h. 15 | 480 | 2.450 | <i>Id.</i>                                                                         |
|      | 30 | 1.526 | 22 | V   | N. | 8 m. 1/2 | Siège complet<br>D. P.                       | 6 h. 15 | 670 | 2.450 | <i>Id.</i>                                                                         |
| 1907 | 31 | 73    | 37 | III | N. | 9 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>D. T. | 13 h.   | 420 | 3.120 | <i>Id.</i>                                                                         |
|      | 32 | 249   | ?  | III | N. | 9 m.     | Siège décompleté<br>M. des fesses G. A.      | 11 h.   | 550 | 3.100 | <i>Id.</i>                                                                         |

D) DÉLIVRANCES NATURELLES. — 15' après l'expulsion du fœtus.

|      |    |     |    |    |       |          |                                              |         |     |       |                                                                                                                                     |
|------|----|-----|----|----|-------|----------|----------------------------------------------|---------|-----|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1906 | 33 | 72  | 20 | II | N.    | 9 m.     | Siège complet<br>G. A.                       | 5 h.    | 650 | 4.000 | 15' après l'expulsion du fœtus, le délivré repose dans le vagin. Extrait par la méthode mixte. Enfant atteint de broncho-pneumonie. |
|      | 34 | 339 | 37 | II | Vicié | 9 m.     | Siège complet<br>G. T.                       | 38 h.   | 750 | 3.800 | Bassin généralement rétréci, P. S. P. 40, 5. Hydramnios. Tête retenue au détroit supérieur. Perforation.                            |
|      | 35 | 928 | 27 | II | N.    | 9 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>D. T. | 9 h.    | 650 | 3.350 | Extraction vaginale 15' après l'expulsion, le délivre reposant dans le vagin.                                                       |
|      | 36 | 952 | ?  | IV | N.    | 8 m. 1/2 | Siège complet<br>D. T.                       | 6 h. 30 | 750 | 2.250 | <i>Id.</i>                                                                                                                          |
|      | 37 | 394 | 28 | IV | N.    | 8 m. 1/2 | Siège décompleté<br>M. des fesses D. T.      | 4 h. 20 | 550 | 2.950 | <i>Id.</i>                                                                                                                          |

# Maternité de Lariboisière (Service de M. BONNAIRE) (suite).

## D) — DÉLIVRANCES NATURELLES. — 15' après l'expulsion du fœtus (suite).

| Année | N° d'ordre | N° d'inscription | Âge | Parité | Bassin | Terme    | Présentation                                 | Durée totale du travail | Poids placenta grammes | Poids enfant grammes | OBSERVATIONS                                                                   |
|-------|------------|------------------|-----|--------|--------|----------|----------------------------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 1907  | 38         | 36               | 46  | LX     | Normal | 9 m.     | Siège complet<br>G. T.                       | 8 h. 45                 | 430                    | 3.050                | Extraction vaginale: 15' après l'expulsion, le délivre reposant dans le vagin. |
|       | 39         | 74               | 29  | V      | N.     | 9 m.     | Siège décomplété<br>Mode des fesses<br>D. T. | 7 h.                    | 555                    | 2.850                | Id.                                                                            |
|       | 40         | 87               | ?   | I      | N.     | 8 m. 1/2 | Siège décomplété<br>Mode des fesses<br>G. A. | 9 h.                    | 490                    | 2.800                | Id.                                                                            |
|       | 41         | 145              | ?   | I      | N.     | 8 m. 1/2 | Siège décomplété<br>Mode des fesses<br>D. T. | 9 h. 30                 | 450                    | 2.750                | Id.                                                                            |

## E) DÉLIVRANCES NATURELLES. — 20' après l'expulsion du fœtus.

|      |    |     |    |     |    |      |                                              |          |     |       |                                                                                             |
|------|----|-----|----|-----|----|------|----------------------------------------------|----------|-----|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1906 | 42 | 353 | 31 | III | N. | 9 m. | Siège complet<br>G. A.                       | 5 h. 30  | 700 | 3.275 | 20' après l'expulsion du fœtus, le délivre est dans le vagin. Extrait par la méthode mixte. |
|      | 43 | 730 | 32 | V   | N. | 9 m. | Siège décomplété<br>Mode des fesses<br>D. T. | 21 h. 45 | 560 | 3.150 | Id.                                                                                         |
|      | 44 | 779 | 21 | III | N. | 9 m. | Siège décomplété<br>Mode des fesses<br>G. A. | 8 h. 5   | 480 | 2.850 | Id.                                                                                         |

|      |    |     |    |    |    |      |                                              |          |     |       |                                                                                                                                           |
|------|----|-----|----|----|----|------|----------------------------------------------|----------|-----|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1907 | 45 | 235 | 36 | I  | N. | 9 m. | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 23 h. 40 | 480 | 3.420 | Le placenta est dans le segment inférieur. Extrait par expression et traction. Enfant ramené. Insufflation Asymétrique de la tête fœtale. |
|      | 46 | 358 | 21 | II | N. | 8 m. | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. T. | 17 h.    | 450 | 2.550 | Le placenta est dans le vagin. Extrait par la méthode mixte.                                                                              |

F) DÉLIVRANCES NATURELLES. — 25 à 30' après l'expulsion du fœtus.

|      |    |       |    |    |                 |          |                                              |          |     |       |                                                                                                           |
|------|----|-------|----|----|-----------------|----------|----------------------------------------------|----------|-----|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1906 | 47 | 179   | 22 | I  | N.              | 8 m. 1/2 | Siège complet<br>G. A.                       | 17 h.    | 550 | 2.450 | 25' après l'expulsion du fœtus le délivre repose dans le segment inférieur. Extrait par la méthode mixte. |
|      | 48 | 232   | 21 | I  | N.              | 8 m. 1/2 | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 9 h. 45  | 530 | 2.610 | <i>Id.</i> 30'. Léger aplatissement de la tête fœtale.                                                    |
|      | 49 | 1.121 | 26 | I  | Bassin<br>vicié | 9 m.     | Siège complet<br>G. A.                       | 79 h.    | 552 | 3.060 | <i>Id.</i> 30'. Travail lent. Abaissement des pieds. Rétract. de l'anneau de Bandl. cranioclasie.         |
|      | 50 | 1.210 | 22 | I  | N.              | 8 m. 1/2 | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. T. | 5 h. 30  | 420 | 2.850 | <i>Id.</i> 30'. Déformation plastique de la tête.                                                         |
|      | 51 | 1.252 | 23 | II | N.              | 8 m. 1/2 | Siège complet<br>G. T.                       | 16 h. 45 | 550 | 2.850 | 30' après l'expulsion du fœtus, délivrance naturelle par la méthode mixte.                                |
| 1907 | 52 | 84    | ?  | I  | N.              | 9 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 4 h. 15  | 680 | 3.000 | <i>Id.</i>                                                                                                |
|      | 53 | 152   | 20 | I  | N.              | 8 m. 1/2 | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>D. A. | 13 h. 35 | 420 | 2.180 | <i>Id.</i>                                                                                                |

**Maternité de Lariboisière (Service de M. BONNAIRE) (suite).**

**G) DÉLIVRANCE NATURELLE. — 35' après l'expulsion du fœtus.**

| Année | N° d'ordre | N° d'inscription | Âge | Parité | Bassin | Terme | Présentation                        | Durée totale du travail | Poids placenta grammes | Poids enfant grammes | OBSERVATIONS                                                                                          |
|-------|------------|------------------|-----|--------|--------|-------|-------------------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1907  | 54         | 305              | 40  | X      | Normal | 8 m.  | Siège décompleté<br>Mode des fesses | 6 h. 15                 | 390                    | 2.270                | Délivrance naturelle. Extraction du placenta par la méthode mixte. Expression abdominale et traction. |

**H) DÉLIVRANCES NATURELLES. — 40' après l'expulsion du fœtus.**

|      |    |     |    |    |    |          |                                              |         |     |       |     |
|------|----|-----|----|----|----|----------|----------------------------------------------|---------|-----|-------|-----|
| 1906 | 55 | 396 | 26 | II | N. | 8 m. 1/2 | Siège complet<br>D, T.                       | 9 h. 30 | 700 | 3.980 | Id. |
| 1907 | 56 | 215 | 31 | I  | N. | 9 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 10 h.   | 520 | 3.250 | Id. |

**I) DÉLIVRANCE NATURELLE. — 45' après l'expulsion du fœtus.**

|      |    |     |    |   |    |         |                                              |          |     |       |     |
|------|----|-----|----|---|----|---------|----------------------------------------------|----------|-----|-------|-----|
| 1907 | 57 | 454 | 35 | V | N. | 8 m 1/2 | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 20 h. 45 | 390 | 2.550 | Id. |
|------|----|-----|----|---|----|---------|----------------------------------------------|----------|-----|-------|-----|

**J) DÉLIVRANCES NATURELLES. — 1 h. après l'expulsion du fœtus.**

|      |        |       |    |    |    |      |                                         |          |     |       |     |
|------|--------|-------|----|----|----|------|-----------------------------------------|----------|-----|-------|-----|
| 1906 | 58     | 867   | 27 | I  | N. | 9 m. | Siège décompleté<br>M. des fesses G. A. | 15 h. 30 | 650 | 2.850 | Id. |
|      | 59     | 1.149 | 28 | IV | N. | 9 m. | Siège complet<br>G. A.                  | 7 h. 35  | 140 | 2.750 | Id. |
|      | 59 bis | 1.457 | 42 | I  | N. | 9 m. | Siège complet<br>D, P.                  | 29 h. 15 | 650 | 3.060 | Id. |

**K) DÉLIVRANCE NATURELLE. — 1 h. 10 après l'expulsion du fœtus.**

|      |    |     |    |   |   |          |                        |         |     |       |     |
|------|----|-----|----|---|---|----------|------------------------|---------|-----|-------|-----|
| 1907 | 60 | 261 | 23 | I | N | 7 m. 1/2 | Siège complet<br>G. A. | 3 h. 50 | 360 | 1.780 | Id. |
|------|----|-----|----|---|---|----------|------------------------|---------|-----|-------|-----|

A) DÉLIVRANCES SPONTANÉES IMMÉDIATES. — *Le placenta coiffe la tête du fœtus.*

| Année | N° d'ordre | N° d'inscription | Age | Parité  | Bassin | Terme    | Présentation                                 | Durée totale du travail | Poids placenta grammes | Poids enfant grammes | OBSERVATIONS                                                                                                                                                                                  |
|-------|------------|------------------|-----|---------|--------|----------|----------------------------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1904  | 1          | 2.680            | 40  | Multip. | Normal | 9 m.     | Siège complet<br>G. A.                       | 12 h.                   | 500                    | 2.120                | Aussitôt après la sortie de l'enfant, le placenta est expulsé. Membr. compl.                                                                                                                  |
|       | 2          | 2.687            | 29  | I       | N.     | 9 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>D. A. | 5 h. 50                 | 350                    | 2.450                | Id.                                                                                                                                                                                           |
|       | 3          | 2.833            | 24  | III     | N.     | 9 m.     | Siège complet<br>G. A.                       | 10 h. 15                | 440                    | 3.160                | Id.                                                                                                                                                                                           |
|       | 4          | 2.923            | 18  | I       | N.     | 9 m.     | Siège complet<br>G. A.                       | 5 h.                    | 400                    | 2.750                | (Enfant mort. Cause inconnue.)                                                                                                                                                                |
| 1905  | 5          | 57               | 22  | I       | N.     | 9 m.     | Siège complet<br>G. A.                       | 7 h.                    | 450                    | 2.950                | Au moment de faire l'anse au cordon, on sent une résistance. Un écoulement apparaît. Placenta décollé. Ligature du cordon. Section.                                                           |
|       | 6          | 290              | 35  | II      | N.     | 7 m. 1/2 | Siège complet<br>D. P.                       | 5 h.                    | 425                    | 2.850                | Le fœtus est expulsé avec le placenta. Membranes incomplètes. Extrac-tion nouvelle des membranes.                                                                                             |
|       | 7          | 395              | 24  | I       | N.     | 9 m.     | Siège complet<br>D. P.                       | 13 h.                   | 475                    | 3.400                | Après l'accouchement, la délivrance survient rapidement, avant que les battements du cordon n'aient cessé. Le placenta repose à la vulve et le cordon n'est sectionné qu'après la délivrance. |
|       | 8          | 594              | 18  | I       | N.     | 8 m. 1/2 | Siège complet<br>D. P.                       | 5 h.                    | 550                    | 3.460                | Le placenta est expulsé aussitôt après la sortie de l'enfant. Membr. compl.                                                                                                                   |

B) DÉLIVRANCES NATURELLES. — 5' après la sortie du fœtus.

|      |    |       |    |     |                    |          |                                              |          |     |       |                                                                                                                                             |
|------|----|-------|----|-----|--------------------|----------|----------------------------------------------|----------|-----|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1904 | 9  | 2.711 | 32 | I   | N.                 | 8 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 10 h. 30 | 400 | 2.400 | 5' après l'expulsion du fœtus, le placenta repose dans le vagin. Délivrance naturelle. Extraction vaginale. Méthode mixte.                  |
|      | 10 | 2.777 | 23 | I   | N.                 | 6 m. 1/2 | Siège complet<br>G. A.                       | 5 h. 1/2 | 400 | 2.150 | <i>Id.</i>                                                                                                                                  |
|      | 11 | 2.933 | 28 | X   | N.                 | 7 m.     | Siège complet<br>G. A.                       | 8 h.     | 380 | 2.450 | <i>Id.</i> L'extraction du placenta est précédée de caillots. Membranes complètes. Hémorragie rétro-placentaire.                            |
|      | 12 | 3.042 | 25 | I   | N.                 | 9 m.     | Siège complet<br>G. P.                       | 14 h.    | 600 | 2.870 | Délivrance naturelle. Extraction vaginale. Méthode mixte. Enfant mort, trois circulaires.                                                   |
| 1905 | 13 | 784   | 21 | I   | N.                 | 9 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>D. P. | 28 h.    | 620 | 3.750 | Aussitôt après l'accouchement, le placenta repose dans le vagin. Extrait par traction du cordon. Délivrance naturelle, extraction vaginale. |
|      | 14 | 54    | 28 | II  | N.                 | 9 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>D. A. | 11 h.    | 450 | 3.600 | Délivrance naturelle. Extraction vaginale.                                                                                                  |
|      | 15 | 260   | 26 | I   | Bassin justo-minor | 9 m.     | Siège complet<br>G. A.                       | 15 h.    | 680 | 3.000 | <i>Id.</i>                                                                                                                                  |
|      | 16 | 156   | 34 | III | N.                 | 9 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 11 h. 30 | 400 | 2.850 | <i>Id.</i>                                                                                                                                  |
| 1905 | 17 | 311   | 29 | II  | N.                 | 9 m.     | Siège complet<br>G. A.                       | 12 h.    | 500 | 2.850 | Délivrance naturelle. Extraction vaginale. Tête retenue au détroit supérieur. Hydrocéphalie. Ponction crânienne sur tête derrière.          |
|      | 18 | 559   | 20 | I   | N.                 | 7 m. 1/2 | Siège décompleté<br>Mode des fesses          | 11 h.    | 450 | 1.900 | 5' après, l'arrière-faix est dans le vagin. Délivrance naturelle, vaginale.                                                                 |

B) DÉLIVRANCES NATURELLES. — 5' après la sortie du fœtus (suite).

| Année | N° d'ordre | N° d'inscription | Age | Parité | Bassin | Terme | Présentation                                 | Durée totale du travail | Poids placenta grammes | Poids enfant grammes | OBSERVATIONS                                                               |
|-------|------------|------------------|-----|--------|--------|-------|----------------------------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1905  | 19         | 732              | 24  | I      | Normal | 9 m.  | Siège complet<br>G. A.                       | 10 h.                   | 550                    | 4.100                | 5' après l'arrière-faix est dans le vagin. Délivrance naturelle, vaginale. |
|       | 20         | 985              | 44  | N      | N.     | 9 m.  | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. T. | 15 h. 10                | 560                    | 3.550                | Délivrance spontanée.                                                      |
|       | 21         | 1.050            | 29  | I      | N.     | 9 m.  | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. T. | 48 h.                   | 500                    | 3.050                | <i>Id.</i>                                                                 |

C) DÉLIVRANCES SPONTANÉES OU NATURELLES. — 10' après la sortie du fœtus.

|      |    |       |    |         |    |          |                                              |          |     |       |                                                                                                                  |
|------|----|-------|----|---------|----|----------|----------------------------------------------|----------|-----|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1904 | 22 | 2.545 | 24 | I       | N. | 9 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 8 h.     | 420 | 2.545 | Délivrance naturelle. Extraction vaginale, le placenta reposant dans le vagin 10' après l'expulsion de l'enfant. |
|      | 23 | 3.004 | 30 | Multip. | N. | 7 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 6 h. 1/2 | 340 | 1.960 | <i>Id.</i>                                                                                                       |
| 1905 | 24 | 55    | 32 | V       | N. | 7 m.     | Siège complet<br>G. A.                       | 8 h.     | 550 | 1.550 | <i>Id.</i>                                                                                                       |
|      | 25 | 857   | 21 | I       | N. | 7 m. 1/2 | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>D. T. | 6 h.     | 330 | 1.500 | <i>Id.</i>                                                                                                       |
|      | 26 | 923   | 28 | N       | N. | 9 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 9 h.     | 600 | 2.550 | <i>Id.</i>                                                                                                       |

|    |     |    |     |    |          |                                              |          |     |       |            |
|----|-----|----|-----|----|----------|----------------------------------------------|----------|-----|-------|------------|
| 27 | 338 | 29 | II  | N. | 9 m.     | Siège complet<br>D. A.                       | 7 h. 1/2 | 460 | 2,500 | <i>Id.</i> |
| 28 | 887 | 22 | V   | N. | 9 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 13 h.    | 520 | 3,250 | <i>Id.</i> |
| 29 | 923 | 24 | III | N. | 8 m. 1/2 | Siège complet<br>G. A.                       | 11 h.    | 390 | 2,850 | <i>Id.</i> |
| 30 | 945 | 39 | VI  | N. | 9 m.     | Siège décompleté<br>M. des fesses G. A.      | 5 h. 50  | 480 | 2,450 | <i>Id.</i> |

D) DÉLIVRANCES NATURELLES. — 15' après la sortie de l'enfant.

|      |    |       |    |         |    |      |                                              |       |     |       |                                                                   |
|------|----|-------|----|---------|----|------|----------------------------------------------|-------|-----|-------|-------------------------------------------------------------------|
| 1904 | 31 | 2,458 | 34 | II      | N. | 9 m. | Siège décompleté<br>Mode des pieds<br>G. A.  | 8 h.  | 730 | 3,500 | Délivrance naturelle, Extraction vaginalo-utérine, Méthode mixte. |
| 1905 | 32 | 29    | 42 | VIII    | N. | 9 m. | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 5 h.  | 700 | 3,650 | Délivrance naturelle, Extraction vaginalo-utérine, Méthode mixte. |
|      | 33 | 349   | 40 | VII     | N. | 9 m. | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>D. A. | 10 h. | 500 | 2,700 | Délivrance naturelle, Extraction vaginalo-utérine, Méthode mixte. |
|      | 34 | 436   | 34 | Multip. | N. | 7 m. | Siège complet<br>G. A.                       | 14 h. | 470 | 1,850 | Délivrance naturelle, Extraction vaginalo-utérine, Méthode mixte. |
|      | 35 | 552   | 28 | Multip. | N. | 9 m. | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 9 h.  | 500 | 3,600 | <i>Id.</i>                                                        |
|      | 36 | 554   | 19 | I       | N. | 8 m. | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 21 h. | 425 | 2,350 | <i>Id.</i>                                                        |
|      | 37 | 572   | 20 | II      | N. | 8 m. | Siège complet<br>G. A.                       | 7 h.  | 500 | 2,600 | <i>Id.</i>                                                        |
|      | 38 | 601   | 25 | I       | N. | 7 m. | Siège complet<br>G. A.                       | 8 h.  | 425 | 1,500 | <i>Id.</i>                                                        |

# D) DÉLIVRANCES NATURELLES. — 15' après la sortie de l'enfant (suite).

| Année | N° d'ordre | N° d'inscription | Age | Parité | Bassin         | Terme    | Présentation                                 | Durée totale du travail | Poids du placenta grammes | Poids enfant grammes | OBSERVATIONS                                              |
|-------|------------|------------------|-----|--------|----------------|----------|----------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1905  | 39         | 805              | ?   | I      | Normal         | 8 m. 1/2 | Siège décomplété<br>Mode des fesses<br>G. A. | 6 h.                    | 400                       | 2.080                | Délivrance naturelle. Extraction vaginale. Méthode mixte. |
|       | 40         | 808              | ?   | II     | Bassin rétréci | 8 m. 1/2 | Siège incliné                                | 3 h. 1/2                | 350                       | 2.430                | <i>Id.</i>                                                |

## E) DÉLIVRANCES NATURELLES. — 20' après la sortie du fœtus.

|      |    |       |    |         |                |          |                                              |         |     |        |                                                                              |
|------|----|-------|----|---------|----------------|----------|----------------------------------------------|---------|-----|--------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1904 | 41 | 2.569 | 39 | Multip. | Bassin rétréci | A terme  | Siège décomplété<br>Mode des fesses<br>G. P. | 10 h 5  | 500 | 3.500  | Délivrance naturelle. Extraction vaginale. Méthode mixte.                    |
| 1905 | 42 | 2.938 | ?  | II      | N.             | 9 m.     | Siège décomplété<br>Mode des fesses<br>G. A. | 8 h. 45 | 40  | 2.900  | <i>Id.</i> Insertion vélamenteuse du cordon sur le petit côté des membranes. |
|      | 43 | 70    | 21 | II      | N.             | 8 m. 1/2 | Siège décomplété<br>Mode des fesses<br>D. P. | 4 h.    | 700 | 3.700  | Délivrance naturelle. Extraction vaginale. Méthode mixte.                    |
|      | 44 | 779   | 33 | Multip. | N.             | 8 m. 1/2 | Siège complet<br>G. A.                       | 1 h.    | 380 | 2.600, | <i>Id.</i>                                                                   |

## F) DÉLIVRANCES NATURELLES. — 25 à 30' après la sortie du fœtus.

|      |    |    |    |   |    |      |                                              |      |     |       |                                                                              |
|------|----|----|----|---|----|------|----------------------------------------------|------|-----|-------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1904 | 45 | 49 | 19 | I | N. | 9 m. | Siège décomplété<br>Mode des fesses<br>G. A. | 8 h. | 600 | 3.270 | Délivrance naturelle. Extraction vaginalo-utérine. Méthode mixte, 25' après. |
|------|----|----|----|---|----|------|----------------------------------------------|------|-----|-------|------------------------------------------------------------------------------|

|      |    |       |    |         |    |          |                                              |          |     |       |                                                                                   |
|------|----|-------|----|---------|----|----------|----------------------------------------------|----------|-----|-------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1905 | 46 | 218   | 26 | I       | N. | 9 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 11 h.    | 450 | 2.850 | <i>Id.</i>                                                                        |
| 1904 | 47 | 2.584 | 25 | II      | N. | 8 m. 1/2 | Siège complet<br>G. A.                       | 6 h.     | 200 | 2.000 | Délivrance naturelle 30' après. Ex-<br>traction vagino-utérine. Méthode<br>mixte. |
|      | 48 | 2.888 | 24 | I       | N. | 9 m.     | Siège complet<br>G. A.                       | 7 h.     | 370 | 2.250 | <i>Id.</i>                                                                        |
| 1905 | 49 | 28    | 29 | IV      | N. | 7 m.     | Siège complet<br>D. A.                       | 4 h.     | 350 | 1.240 | <i>Id.</i> Enfant mort et macéré.                                                 |
|      | 50 | 87    | 32 | III     | N. | 9 m.     | Siège complet<br>D. P.                       | 8 h.     | 750 | 2.450 | Délivrance naturelle. Extraction va-<br>gino-utérine (méthode mixte).             |
|      | 51 | 198   | 25 | I       | N. | 9 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 12 h.    | 570 | 3.500 | Délivrance naturelle. Extraction va-<br>ginale. Méthode mixte.                    |
|      | 52 | 202   | 20 | I       | N. | 7 m. 1/2 | Siège complet<br>G. A.                       | 7 h.     | 400 | 1.500 | <i>Id.</i>                                                                        |
|      | 53 | 282   | 28 | II      | N. | 9 m.     | Siège complet<br>G. A.                       | 3 h. 1/2 | 520 | 3.300 | Délivrance naturelle. Extraction va-<br>gino-utérine. Méthode mixte.              |
|      | 54 | 395   | 23 | I       | N. | 9 m.     | Siège complet<br>D. P.                       | 13 h.    | 650 | 3.400 | <i>Id.</i>                                                                        |
|      | 55 | 793   | 21 | Multip. | N. | 7 m. 1/2 | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>D. P. | 6 h.     | 400 | 1.830 | <i>Id.</i>                                                                        |
|      | 56 | 794   | 23 | Multip. | N. | 9 m.     | Siège complet<br>G. A.                       | 4 h.     | 450 | 340   | <i>Id.</i>                                                                        |

G) DÉLIVRANCES NATURELLES. — 40', 45' et davantage après la sortie du fœtus.

|      |    |       |    |   |    |      |                                              |       |     |       |                                                                      |
|------|----|-------|----|---|----|------|----------------------------------------------|-------|-----|-------|----------------------------------------------------------------------|
| 1904 | 57 | 2.588 | 17 | I | N. | 9 m. | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 10 h. | 450 | 2.950 | Délivrance naturelle. Extraction va-<br>gino-utérine. Méthode mixte. |
|------|----|-------|----|---|----|------|----------------------------------------------|-------|-----|-------|----------------------------------------------------------------------|

G) DÉLIVRANCES NATURELLES. — 40', 45' et davantage après la sortie du fœtus (suite).

| Année | N <sup>o</sup><br>d'ordre | N <sup>o</sup><br>d'inscrip-<br>tion | Age | Parité  | Bassin | Terme    | Présentation                                 | Durée<br>totale du<br>travail | Poids<br>placenta<br>grammes | Poids<br>enfant<br>grammes | OBSERVATIONS                                                         |
|-------|---------------------------|--------------------------------------|-----|---------|--------|----------|----------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 1905  | 58                        | 768                                  | 47  | I       | Normal | 8 m. 1/2 | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 13 h.                         | 480                          | 2.700                      | Délivrance naturelle. Extraction va-<br>gino-utérine. Méthode mixte. |
|       | 59                        | 879                                  | 33  | Multip. | N.     | 9 m.     | Siège décompleté<br>Mode des fesses<br>G. A. | 4 h.                          | 530                          | 2.900                      | <i>Id.</i>                                                           |
|       | 60                        | 882                                  | 21  | I.      | N.     | 9 m.     | Siège complet<br>G. A.                       | 41 h.                         | 500                          | 2.850                      | <i>Id.</i>                                                           |

DES DÉPRESSIONS DU PLACENTA PRODUITES PAR LA  
COMPRESSION DE LA TÊTE DANS LA PRÉSENTATION DU  
SIÈGE ET DES DÉFORMATIONS DE CETTE TÊTE QUI PEUVENT  
LES ACCOMPAGNER.

Les dépressions crâniennes des nouveau-nés se présentent sous deux formes : la forme linéaire et la forme ovale ou sphérique. Ce sont ces deux dernières formes qui sont de beaucoup les plus fréquentes et ce sont celles que nous avons rencontrées dans nos observations. Il est établi que, dans presque tous les cas, les déformations crâniennes sont dues au rachitisme maternel (bassin vicié), au rachitisme fœtal (mollesse, friabilité des os du crâne), causes générales venant renforcer la cause locale (la tête ayant été pressée contre le promontoire). On a signalé aussi comme causes de compression, le développement anormal de l'éminence iléo-pectinée, la présence d'une tumeur osseuse ou molle, la contraction tétanique de l'utérus après injection d'ergotine, l'ankylose sacro-coccygienne, l'oligoamnios, etc...

Du côté du fœtus, l'ossification défectueuse donne lieu surtout à ces malformations. Quelquefois la voûte cranienne est tellement malléable, qu'on a pu, sur des enfants mort-nés, produire des enfoncements avec de minimales pressions.

Le forceps peut aussi déterminer ces dépressions et sur la tête et sur le placenta. Nous en citons une obser-

vation n° V, où il y a à la fois une dépression placentaire produite par la compression de la tête, une autre semblant être produite par une cuiller. Mais nous n'avons pas trouvé de déformation de la tête correspondante.

Le pronostic des dépressions crâniennes est en général bénin; elles disparaissent en quelques jours; mais ce pronostic peut s'assombrir quand on voit persister certains symptômes comme l'épilepsie jacksonienne, paralysies, convulsions, avec grave atteinte de l'état général. Et c'est dans les présentations du siège que ces dépressions sont les plus fréquentes et peut-être les plus graves, parce que, dans les manœuvres qu'on pratique, on court risque de les augmenter ou de les compliquer par un enfoncement du canal vertébral avec lésions consécutives de la moelle.

Nous ne parlerons pas des déformations de la tête dans les cas d'oligoamnios, car la cause, ici, est tout autre. Elle est pathologique. Les parties fœtales, maintenues en contact trop prolongé les unes avec les autres, se dépriment profondément entre elles et s'infligent réciproquement des empreintes qui persistent longtemps après l'accouchement.

Ces déformations plastiques du fœtus, *in utero*, liées à l'oligoamnios et qui ont été observées de tout temps (1) ne sont, d'ailleurs, pas particulières à la pré-

1. CRUVEILHIER (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1836).

SPIEGELBERG (*Lehrbuch. der Geb.*), 1878, p. 550.

SCHROEDER (*Lehrbuch. der Geb.*), 1884, p. 454.

sensation du siège et ne portent pas principalement sur la tête.

Nous ne parlerons pas non plus des déformations plastiques du fœtus dans la présentation du siège, produites par les compressions qui déforment d'habitude la tête fœtale pendant l'accouchement, déformations bien étudiées par Bonnaire et Schwal et Bar qui nous ont laissé dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1901, de belles pages en souvenir de deux séances consacrées à cette étude.

Ce que nous voulons traiter surtout ici c'est des dépressions du placenta produites parla compression de la tête et des déformations correspondantes de celle-ci qui peuvent en résulter.

Nous n'avons, dans la littérature médicale, trouvé aucun article se rapportant à cet intéressant sujet jusqu'à la communication faite à la Société d'Obstétrique par notre maître, M. Bonnaire, qui en cite deux obser-

BUDIN (*Obst. et Gynéc.*), 1886, p. 75 et 246.

FEZZI. *Gaz. méd. lomb. Milan*, 1886, p. 325.

BAR, *Bullet. Société obst. et gynéc. Paris*, 1891 et *Leçons à clinique Tarnier*, 1868.

PETERS. *Centr. l. Gyn.*, 1891, p. 56.

LANNELONGUE ET MÉNARD. *Affect. congénit.*, Paris, 1891, p. 997.

KOCH. *Th. de Bonn*, 1895.

APERT. *Bullet. de la Soc. anat.*, 1895, p. 767.

BONNAIRE. In Tarnier et Budin, t. III, p. 249.

MACÉ. *Bullet. de la Société obst. de Paris*, 1901, p. 75.

BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT. *La pratique des accouchements*,

vations recueillies à l'hôpital Saint-Louis. Dans les deux cas il y avait présentation du siège dont l'un avait trait à une grossesse gémellaire.

Sur les placentas on pouvait voir une surface arrondie ayant les dimensions d'une paume de main au niveau de laquelle le tissu placentaire était aminci, induré, atélectasié, formant comme une nappe régulière de sclérose partielle. A ces deux observations nous ajoutons sept autres inédites dont une personnelle.

Il est vraisemblable que cette déformation particulière du placenta soit due à la compression, au « conflit de contact » entre la tête fœtale dure et résistante et la paroi utérine tendue. Le placenta enfermé, pincé entre ces deux forces, subit le contre-coup du contact exagéré.

Ce contact, cette compression de la tête sur le placenta est évidemment la cause de la dépression placentaire, mais, pour que la déformation de la tête soit une deuxième conséquence de cette double compression, il faut que le contact soit assez prolongé et assez puissant. Et ne semble-t-il pas logique aussi de penser que la tête, après avoir imprimé sa marque, son cachet à l'oreiller sur lequel elle est maintenue fortement appuyée, doit, pour se laisser déprimer à son tour, avoir une ossification un peu défectueuse, due au rachitisme ?

Le pronostic de ces déformations crâniennes est bénin.

Nous n'avons pas trouvé qu'elles aient été la cause des troubles graves pour l'enfant. Le traitement est simple. Quelques jours ont suffi à les faire disparaître.

Seulement, le pronostic serait plus sombre si des complications telles que épilepsie jacksonienne, paralyties, convulsions s'en suivaient.

Dans ces cas, le traitement pour être efficace doit être simple et rapide. Tapret, Secheyron, Boissard rapportent des observations où ils ont fait la réduction brusque de la déformation sous l'influence d'une force absolument insignifiante.

Munro-Kern eut un succès par la compression suivant le sens antéro-postérieur dans un cas de dépression ovulaire siégeant dans le pariétal. Il saisit le crâne dans le sens antéro-postérieur ; les deux pouces sur le front, les autres doigts sur l'occipital. A sa grande surprise, la déformation se réduisit brusquement, sans effort aucun, et avec un bruit semblable à celui qui serait causé par la réduction d'un chapeau rigide. L'enfant qui, jusque-là, n'avait fait que faiblement crier, se mit aussitôt à crier normalement et les battements du cœur augmentèrent d'intensité.

Depuis l'auteur a fait des expériences sur des cadavres de nouveau-nés, produisant des enfoncements, puis les réduisant par sa méthode avec une remarquable facilité.

Appliquée trois fois sur le vivant, la manœuvre a eu trois succès. Dans un cas il s'est agi d'une véritable résurrection. Lorsque la compression antéro-postérieure échoue, l'auteur recommande d'essayer la compression oblique qui lui a donné un succès.

Si ces tentatives échouaient on aurait recours à la trépanation.

## OBSERVATIONS

### **Observation I.** — *Présentation du siège complet.*

#### *Atrophie d'une partie du placenta.*

Enfant Ba..., hôpital Saint-Louis, 23 février 1896.

Mère septipare. Trois avant terme, trois à terme.

Bassin normal. Accouchement actuel à terme.

Durée totale du travail : neuf heures et demie.

Durée de l'expulsion : une demi-heure.

Présentation du siège complet en S.I.G.A.

Poids de l'enfant, 3,350 grammes.

|           |      |           |     |
|-----------|------|-----------|-----|
| OF. . . . | 10,9 | BT. . . . | 7,6 |
| OM. . . . | 12,5 | SoB . . . | 10, |
| BP. . . . | 9,5  |           |     |

La tête est expulsée sans difficulté et sans qu'on ait besoin d'aider à son développement.

*Placenta.* — Il existe sur un point localisé du placenta une masse en partie atrophiée. La surface atrophiée est large comme une petite paume de main. A ce niveau les cotylédons sont amincis et ont une épaisseur de 5 millimètres seulement tandis

que sur le reste de l'organe l'épaisseur est de 15 millimètres. Le tissu placentaire, au niveau de la portion atrophiée, est plus ferme que normalement et, en quelque sorte atelectasié. Il est à supposer que cette partie localisée, diminuée de volume et atrophiée, est celle qui était en rapport avec la tête fœtale au fond de l'utérus.

**Observation II.** — *Grossesse gémellaire. Atrophie du placenta*

M<sup>me</sup> Joséphine C..., 8 juillet 1896. Hôpital Saint-Louis, n° 481.

Bassin normal. Tertipare. Deux accouchements spontanés.

Époque de l'accouchement actuel : 8 mois.

Présentation : 1° sommet O.I.G.P ; 2° S.I.G.T. complet.

Durée totale du travail : neuf heures et demie. Accouchement spontané du premier fœtus en O.P. Extraction du deuxième fœtus. Manœuvre de Mauriceau facile. Enfant né en état de mort apparente, non ranimé.

Poids de l'enfant : 2.450 grammes. Deux œufs ; deux placentas accolés.

*Placenta.* — Le placenta du deuxième enfant présente, sur une surface d'une largeur d'une paume de main environ, des cotylédons tassés, atrophiés ; il y a plutôt atelectasie que dégénérescence. A la coupe on trouve un tissu beaucoup plus dur et moins vasculaire que pour les cotylédons normaux.

Nous avons recueilli, depuis cette époque, à la maternité de Lariboisière, les observations qui intéressent cette question. Et nous en avons trouvé sept, dont une personnelle que nous allons mentionner dans ce travail.

**Observation III** ( *inédite*). (Service de M. BONNAIRE.)

25 octobre 1903, n° 1246.

Rou... Elisa, 21 ans. Primipare. Bassin normal. A terme.

Siège décomplété, mode des fesses, gauche ant.

Durée totale du travail : six heures.

Délivrance naturelle : vingt-cinq minutes après.

Poids de l'enfant : 3.350 grammes. La quantité de liquide amniotique est normale.

*Placenta.* — On remarque sur la face placentaire une surface plus rouge, égale du quart de la portion totale qui paraît atrophiée. Il est probable que c'était cette partie qui se trouvait en contact avec la tête fœtale.

|                |              |
|----------------|--------------|
| OM. . . \ 13.  | BiP. . . 9.5 |
| OF. . . 11.5   | BiP. . . 8   |
| SoB ✓ . . 11.5 | SmB . . 11.5 |
| SoB . . 10.    |              |

L'observation ne mentionne pas de déformation, d'aplatissement de la tête fœtale qui a ses diamètres antéro-postérieurs augmentés. Les dimensions des diamètres transverses sont normales.

**Observation IV** ( *inédite*). — *Maternité de Lariboisière.* Service de M. BONNAIRE.

N° 1306, 25 novembre 1903.

Del... Louise, 29 ans, VII-pare. Bassin normal, 8 mois 1/2.

Présentation du siège complet en D. P.

Durée totale du travail cinquante et une heure quinze minutes

Délivrance naturelle : trente minutes après.

Poids de l'enfant : 2.830 grammes. Quantité normale de liquide amniotique.

Le *placenta* pèse 450 grammes. Il est étalé, bilobé, en 8 de chiffre. Il offre une dépression de la dimension d'une petite paume de main. Il y a un méplat de la région occipitale droite. Cette dépression correspondant à la déformation de la tête.

OM. . . . 13

BiP. . . . 9.5

OM. . . . 11

BiT. . . . 7

SoB . . . . 92

SmB . . . . 10.5

SoF . . . . 11

**Observation V** ( *inédite*). — *Maternité de Lariboisière*. Service de M. BONNAIRE.

N° 300, 7 mai 1904.

No... Louise, 30 ans. II-pare. Bassin normal, 9 mois.

Présentation du siège décomplété, mode des fesses, en G. T.

Durée totale du travail : dix-neuf heures vingt minutes.

Délivrance : trente minutes après.

Poids de l'enfant : 3.330 grammes. Pas d'oligoamnios.

Le *placenta* pèse 500 grammes. Il présente deux dépressions : une sur le bord, l'autre sur le milieu du placenta. Celle du milieu semble faite par une cuiller. La première est en godet et correspond à une calotte sphérique de la tête.

Il n'y a pas de déformation de la tête mentionnée sur cette

observation; d'ailleurs les diamètres de la tête, sauf le SmB. qui est un peu augmenté, sont presque normaux.

|            |      |            |      |
|------------|------|------------|------|
| OM. . . .  | 12.5 | BiP. . . . | 9.3  |
| OF. . . .  | 11.5 | BiT. . . . | 8    |
| SoB. . . . | 10   | SmB. . . . | 10.7 |
| SoF. . . . | 10.7 |            |      |

**Observation VI** ( *inédite*). — *Maternité de Lariboisière.*

Service de M. BONNAIRE.

N° 189, 6 février 1904.

Armand Céline, 32 ans, I pare. Bassin normal, 8 m. 1/2. Présentation du siège décomplété, mode de fesses en D. P.

Délivrance naturelle, trente minutes après.

Poids de l'enfant, 2.970 grammes.

Durée totale du travail, onze heures.

Dépression placentaire de forme sphérique. Le placenta qui pèse 350 grammes a une forme ovale.

|            |      |            |   |
|------------|------|------------|---|
| OM. . . .  | 12,5 | BiP. . . . | 9 |
| OF. . . .  | 11,5 | BiT. . . . | 7 |
| SoB. . . . | 9,5  | SmB. . . . | 9 |
| SoF. . . . | 10   |            |   |

Les diamètres de la tête sont un peu diminués, mais il n'est pas mentionné de déformation de la tête.

**Observation VII** ( *inédite*). — *Maternité de Lariboisière.*

Service de M. BONNAIRE.

N° 366, le 16 mai 1904.

Lo... Catherine, 33 ans, II pare. Bassin normal, 7 m. 1/2.

Présentation du siège décomplété, mode des fesses en D. A.

Durée totale du travail, cinq heures quarante-cinq minutes.

Délivrance naturelle, quinze minutes après

Poids de l'enfant, 2180 grammes.

Pas d'oligoamnios.

|            |     |             |      |
|------------|-----|-------------|------|
| OM. . . .  | 13  | BiP. . . .  | 9    |
| OF . . . . | 11  | BiT. . . .  | 8    |
| SoB. . . . | 9,5 | SmB . . . . | 11,5 |
| SoF. . . . | 10. |             |      |

Les deux diamètres SMB et SoB sont seuls augmentés. Les autres sont à peu près normaux.

Dépression du placenta, forme ovulaire. Pas de déformation de la tête correspondante.

**Observation VIII** ( *inédite*). — *Maternité de Lariboisière.*

Service de M. BONNAIRE.

N° 868, 25 juillet 1904.

P... Maria, 20 ans, I pare. Bassin normal, 9 mois.

Présentation du siège décomplété, mode de fesses en G. T.

Durée totale du travail: dix-neuf heures.

Délivrance naturelle: vingt minutes après.

Poids de l'enfant: 2.900 grammes.

Poids du placenta: 450 grammes.

La quantité de liquide amniotique paraît normale.

On signale une dépression placentaire en forme de cupule ovulaire sans autres détails.

Les diamètres de la tête n'offrent rien de particulier à signaler. Ils sont même un peu au dessous de la moyenne. Il n'y a pas de déformation de la tête signalée.

|               |      |               |    |
|---------------|------|---------------|----|
| OM. . . . .   | 11.5 | BiP. . . . .  | 9  |
| OF. . . . .   | 11.2 | BiT. . . . .  | 7  |
| SoB . . . . . | 9.5  | SmB . . . . . | 10 |
| SoT . . . . . | 9.5  |               |    |

**Observation IX** (*personnelle*). — *Maternité de Lariboisière*

Service de M. BONNAIRE.

22 Décembre 1905.

D... Louise, 30 ans, Ipare, à terme. Présentation du siège complet en S.I.D.A. Bassin normal. Pas d'oligoamnios. Membranes rompues le 22 décembre à 6<sup>h</sup> heures du matin. A midi expulsion spontanée d'une fille vivante pesant 3.450 grammes; une demi-heure après, délivrance artificielle faite par M. Clément, interne. Tamponnement utérin.

Hémorragie avant et après la délivrance.

Injection intra-utérine iodée.

Ergotine. Sérum, 1.000 grammes.

Le placenta, de forme circulaire, pèse 350 grammes.

Les membranes sont complètes, 30/8. Insertion du cordon central. Longueur, 50 centimètres.

Le placenta présente la dépression suivante : Elle est située entre l'insertion du cordon et le bord. Elle a un diamètre d'environ 6 centimètres. Elle est de forme circulaire, plus creusée au centre qu'aux bords. Le fond est lisse et on n'y remarque plus la séparation des cotylédons ; il a une couleur d'un rouge moins foncé que le reste du placenta. A la pression, le doigt rencontre de la résistance alors que les autres parties du placenta sont dépressibles. L'épaisseur, au milieu, est de 5 à 6 millimètres, entre le centre de la dépression et sa circonférence, elle est de 8 à 10 millimètres, et en dehors, l'épaisseur du placenta est de 15 millimètres. Au niveau de cette partie atrophiée le tissu placentaire est plus dur et plus ferme, plus résistant que les autres parties qui ont leur aspect normal.

Il y a atélectasie. A la coupe, le tissu est dur, criant sous le bistouri. Il est moins vasculaire que celui des cotylédons normaux.

La tête fœtale présente une déformation, un aplatissement qui siège sur la région occipito *pariétale droite*, en haut et en arrière. Il semble que la dépression placentaire, rugueuse et dure, recevait, comme dans une coupe, cette tête qu'elle a déformée en décalquant pour ainsi dire sa forme sur elle.

Les autres dimensions de la tête sont normales.

|               |      |               |     |
|---------------|------|---------------|-----|
| MO. . . . .   | 11,5 | BiP. . . . .  | 9,5 |
| OF. . . . .   | 11   | BiT. . . . .  | 8,5 |
| SoB . . . . . | 10   | SmB . . . . . | 11  |
| SoF . . . . . | 10,5 |               |     |

Cette tête est allongée suivant son diamètre SmB.

Ces dépressions particulières du placenta se rattachent donc au seul mode de production suivant : Quand le placenta, enveloppe épaisse et succulente de l'œuf, se trouve interposé entre le muscle utérin contracté, tendu par une tonicité énergique, et le globe dur et résistant, la tête fœtale, qui est comprimée, il subit le contre-coup de ce contact exagéré.

Nous ne voulons cependant pas être trop exclusif et nous pensons que pour que ce contact ait été si intime, la quantité de liquide amniotique a pu être restreinte sans qu'il y ait d'oligoamnios. Un autre adjuvant puissant à l'immobilisation de la tête au fond de l'utérus se trouve aussi réalisé quand il s'agit de la présentation du siège décomplété mode des fesses (5 fois sur 7 dans nos observations). Ici, en effet, la mobilité de la tête fœtale est limitée par le relèvement du membre inférieur qui a pour effet de ramener les pieds au contact de la face.

## CONCLUSIONS

La délivrance dans la présentation du siège est d'une durée moindre que celle que l'on observe dans les autres présentations.

La délivrance spontanée immédiate est assez fréquente; elle est due aux contractions utérines qui effectuent le décollement du placenta. Celui-ci coiffe la tête du fœtus.

Les autres délivrances spontanées ou naturelles offrent une durée moindre aussi.

La délivrance que l'accoucheur aura le plus souvent à faire sera la délivrance naturelle, l'extraction vaginale.

Une autre particularité à signaler est la présence de dépressions placentaires produites par la tête fœtale dure et résistante qui, parfois, par contre-coup, peut être déformée au point où elle comprime le gâteau placentaire.

---

Vu : le Président de la thèse

**P. SECOND**

Vu : le Doyen :

**DEBOVE**

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

**LIARD**

## BIBLIOGRAPHIE

- AUVARD. — Contribut. à l'étude des annexes ovulaires et à celle de la délivrance, de la hauteur de l'utérus pendant le post-partum. *Trav. d'obst.*, Paris 1888, 199-563.
- Délivrance physiologique. Conduite à tenir. *Travaux d'Obst.*, Paris, 1889, I, 159-162.
- BAUDELOCQUE. — Art. des accouchements.
- BAS, BRINDEAU, CHAMBRELENT. — La pratique des accouchements. Paris. Asselin et Houzeau 1907, 2 volumes. 4°. Puech. Présentation du siège. Déformations de la tête du fœtus. T. I, p. 291. Délivrance normale et pathologique, par Commandeur, t. I, p. 361. Accouchement en présentation du siège ; déformation de la tête fœtale, t. II, p. 184.
- BONNAIRE ET SCHWAB. — Déformations plastiques du fœtus dans la présentation du siège. *Bull. Soc. Obst.* Paris, 1901, IV, 165-183.
- BOUCHACOURT (A). — Article délivrance. *Dict. encyclop. d. sc. méd.* Paris. 1881, XXVI, 466-519.
- BOURCE. — De la délivrance normale et pathologique. *Th. Paris*, 1883.
- BRINDEAU. — Causes d'erreur dans les cas de rétention placentaire. *Bull. Soc. obst.*, Paris 1902, 33-36.
- BRUNEL. — Des obstacles à la délivrance dont le placenta est la cause. *Th. Paris*, 1864.
- BRINDEAU. — Quelq. considérat. tirées de l'examen de l'arrière-faix au point de vue de l'insertion latérale du placenta et des déchirures du sinus circulaire. *Obst. Paris*, 1896, 433-443.

BUDIN. — A quel moment doit-on pratiquer la ligature du cordon.  
*Prog. méd.* Paris, 1875-76.

— De l'examen de l'arrière-faix. Placenta et membranes et de la conduite à tenir dans le cas où un fragment de membrane est resté adhérent à l'utérus. *Ind. méd.* Paris, 1889, v. 9.

— De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. Recherches cliniques et expérimentales, Paris 1876.

— Sortie du placenta avant l'enfant. *Journal des sages-femmes.* Paris, 1888-1889.

\*BUDIN ET CROUZAT. — De la délivrance. *Prog. méd.* Paris, 1891, 2 s., XIV, 97-99.

BUDIN ET DEMELIN. — Traité d'accouchement et d'allaitement.

CAILLAUX. — Du signe stéthoscopique du décollement placentaire. Paris, 1852, n° 21.

CAZEAU. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements.

CHANTREUIL. — Etude sur l'expression utérine comme moyen de la délivrance. *Arch. gén. de méd.* Paris, 1870, ii 402-421.

CHARPENTIER. — Des maladies du placenta et des membranes. — *Th.* Paris, 1869,

CRÉDÉ. — De optima in partu naturali placentam amovendi ratione Lipsiæ, 4, 1860.

COLOMBE. — De la délivrance. *Th. d'agrégation.* Paris, 1834.

R. de COTRET (S.-A.). — De la délivrance. *Union méd. du Canada.* Paris, 1892. Montréal, 1900, XXIX, 271-293.

DARBEL. — De la délivrance. *Th. Montpellier*, 1866.

DUMARCET. — Un décollement prématuré du placenta inséré normalement. Paris, 1882.

DELATTE (G.-A.). — Traité pratique des accouchements, des maladies des femmes et des enfants. Brest, Imp. Roger, p. 642-668.

DESORMEAUX ET DUBOIS (P.). — Délivrance. *Dict. de méd.*, 2<sup>e</sup> édit., Paris, 1835, 46-70.

DEPAUL. — Leçons de clinique obstétricale. Paris, 1872, p. 565.

DEVILLIERS. — Délivrance V. *Dict. de méd. et chir. prati.* Paris, 1869, 51-95.

DUBRISAY et JEANNIN. — Accouchem., p. 195-206 ; 652-679.

DYDKHOFF (C. B. M.). — Uber Beckenendlagen. 1883-1895. *Inaug. dissert.* Greifswald, 1895.

HAMON DE FRESNAY (L.). — Considérat. théor. et cliniques sur la présent. du siège. *Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, 1886, XLVII, 387-433.

- GAULARD. — Considérations sur les présentations du siège. *Arch. de Tocol.* Paris, 1889, XVI, 775-786.
- GODDYN (P.) — Quelques considérations sur la période de délivrance dans le travail de l'accouchement. *Ann. Soc. de méd. de Gand.* 1879, I. VII, 253-261. *Rap. de Cook. Bull. Soc. m. de Gand.* 1874.
- GOUREL DE SAINT-PERNE. — Des accidents de la délivrance. *Th. Paris.* 1854.
- HAMON (DE FRESNAY). — De la délivrance. *J. d. sages-femmes.* Paris, 1881, 282,-292.
- JOSEPHSON (C). — Études sur le placenta et ses maladies. *Th. Paris.* 1873.
- KOETTNITZ (A). — Uber Beckenendlagen. *Samml. Klin.* Leipzig. 1893, (88. Gynäcol., n<sup>os</sup> 32, 823 à 842.)
- KÖTZ (L.-P). — Beobachtungen über 300 Fälle von Beckenendlagen aus der universitäts.Franenklunik zu Berlin. *Inaug. Dissert.* Kiel, 1893.
- HOUNARD. — Contribution à l'étude de l'accouchement par le siège. 4<sup>e</sup>, Lille. 1883.
- KUFFERATH. — Contribution à la physiologie de la période d'expulsion et de la délivrance. *Press. méd. belge.* Brux., 1887. XXXIX, 185, 187.
- FÉLIZET. — De la rétention du placenta. *Th. Paris,* 1858.
- MACCHLER (A. E. L. G). Du mode de délivrance le plus rationnel dans les conlitions normales. *Th. Paris,* 1885, 6, p. 240.
- MACCHLER (G). — Du mole de délivrance le plus rationnel dans les conditions normales. Paris, 1886.
- MORDRET (A). — Recherche sur les affections morbides et anormales du placenta. *Ann. Soc. de méd. de Gand,* 1856 et *Moniteur des Hôp. de Paris,* 1854-1855.
- MURRAY (J.). — Recherche sur la durée de la délivrance chez les primipares et les multipares, conduite à tenir dans les divers cas. *Th. Paris,* 1890.
- MARTIN (F.-E). — De la délivrance au point de vue pathologique. *Th. Paris,* 1885.
- MASBRENER. — Déformation de la tête foetale et absence du ballonnement céphalique dans un cas de présentation du siège avec oligoamnios. *Bull. Mem. Soc. d'ost. gyn. de Paris,* 1898, 104-106.
- MONIER (S. -J.-L). — De la conduite à tenir dans l'accouchement par le siège. *Thèse Lille,* 1894.

- MUNRO KERN. — Des dépressions crâniennes chez les nouveau-nés : causes et traitement. *La Presse médicale*, 3 avril 1907.
- NÉRET (L). — De la présentation du siège. Causes, pronostic, traitement (Étude statistique.) *Th. Paris*, 1889.
- OUI. — M. Pratique méd. chirurg. de Brissaud-Pinard-Reclus. Art. *Délivrance*. Tome II, p. 409-420.
- PARIOT. — Placenta maginal. et présentation du siège. Extraction, résultat favorable pour la mère et l'enfant. *J. d'accoucheurs*. Liège, 1901, XXVI, 281.
- PAJOT. — Conférence à propos de la délivrance. *J. des sages-femmes*. Paris, 1886.
- PARANT. — De la brièveté du cordon ombilical comme cause de dystocie. *Th. Montpellier*, 1867.
- PAJOT. — Travaux d'obstétrique. Paris, 1882.
- PINARD (A) ET VARNIER (H). — Considérations générales sur la délivrance, in *Étude d'anat. obstetr. norm. et patholog.* Paris, 1892, 1-14.
- PINARD (A). — Conduite à tenir pendant la délivrance. *J. des sages-femmes*. Paris 1886 : 9. VII, 312, 321, 329, 334, 362 ; 1888 : 9. VIII, 33 ; 41 ; 49 ; 81, 105.
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'obstétrique, 2<sup>e</sup> éd. p. 501-535.
- RIOL (Ch). — Étude critique et cliniq. de la délivrance par expression. *Th. Paris*, 1880.
- RUFFEY (M. A. D). — Des maladies du placenta. *Th. Paris*, 1853.
- SCHURMANN P. — Uber Beckenenlagen. *Inaug., dissert.* Marburg, 1897.
- STOLZ. — De la délivrance. *Th. d'agrégation*. Strasbourg, 1834.
- VARNIER. — Le col et le segment inf. de l'utérus à la fin de la grossesse, pendant et après l'accouchement. *Annales de gynécologie*, 1887.
- De la conduite à tenir pendant la délivrance. *Revue pratique d'obst. et d'hyg. de l'Enf.* Paris, 1889.
  - *Obstétrique Journalière*. Pages 202-277.
- WYSS. — Zur Lehre von der Beckenendlagen auf grund des matériels der Bernes geburtshilflichen Klinik *Inaug. Diss.* Berne, 1894.
- GALCA. — De la délivrance dans l'accouchement à terme ou près du terme avec enfant vivant. Résultats observés à la clinique Baudelocque par la méthode préconisée par le professeur Pinard. Paris, 1877.
- RIBEMONT-DESSAIGNE. — Délivrance par traction et expression. *Th. agrégation*. Paris, 1883.



